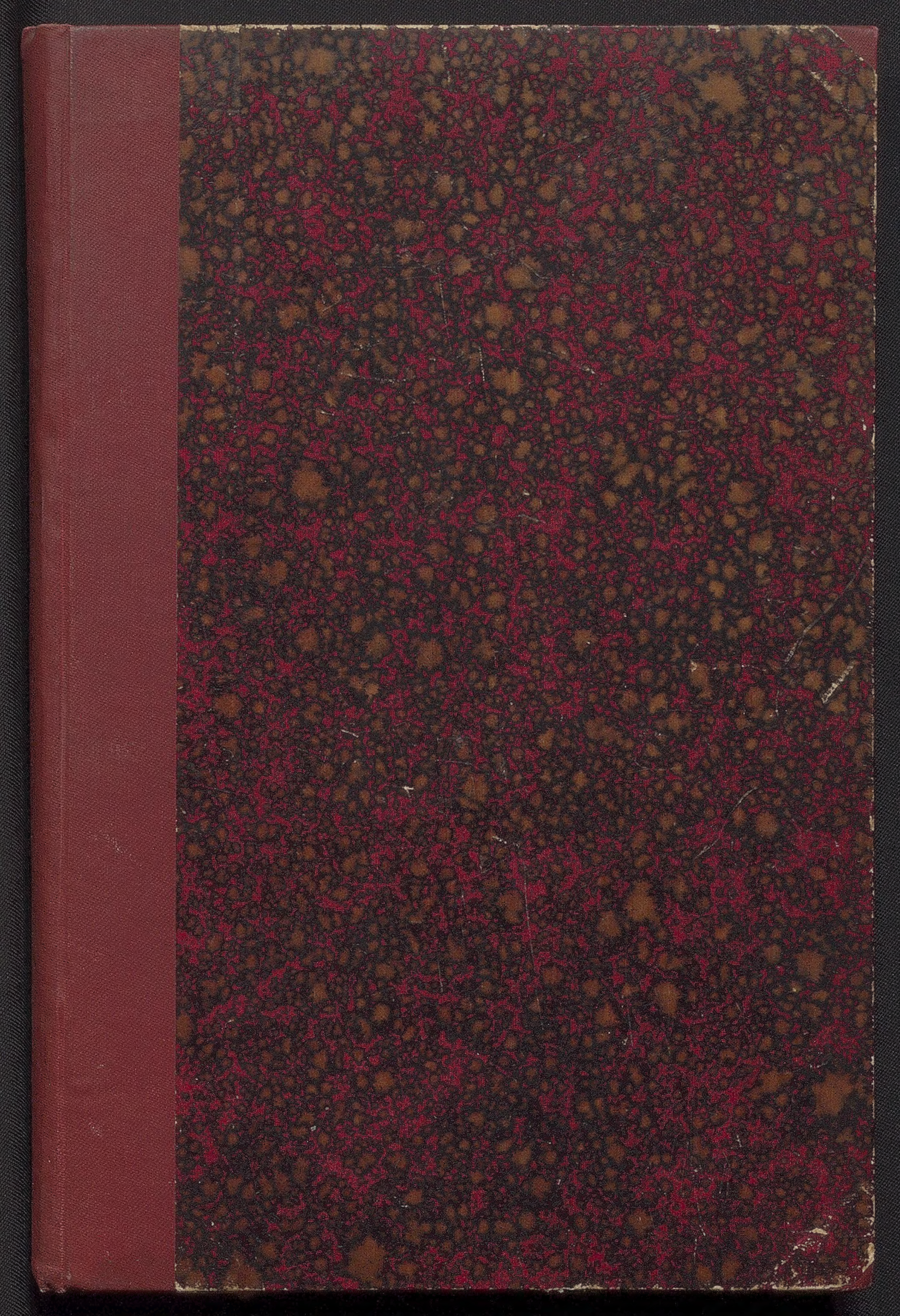
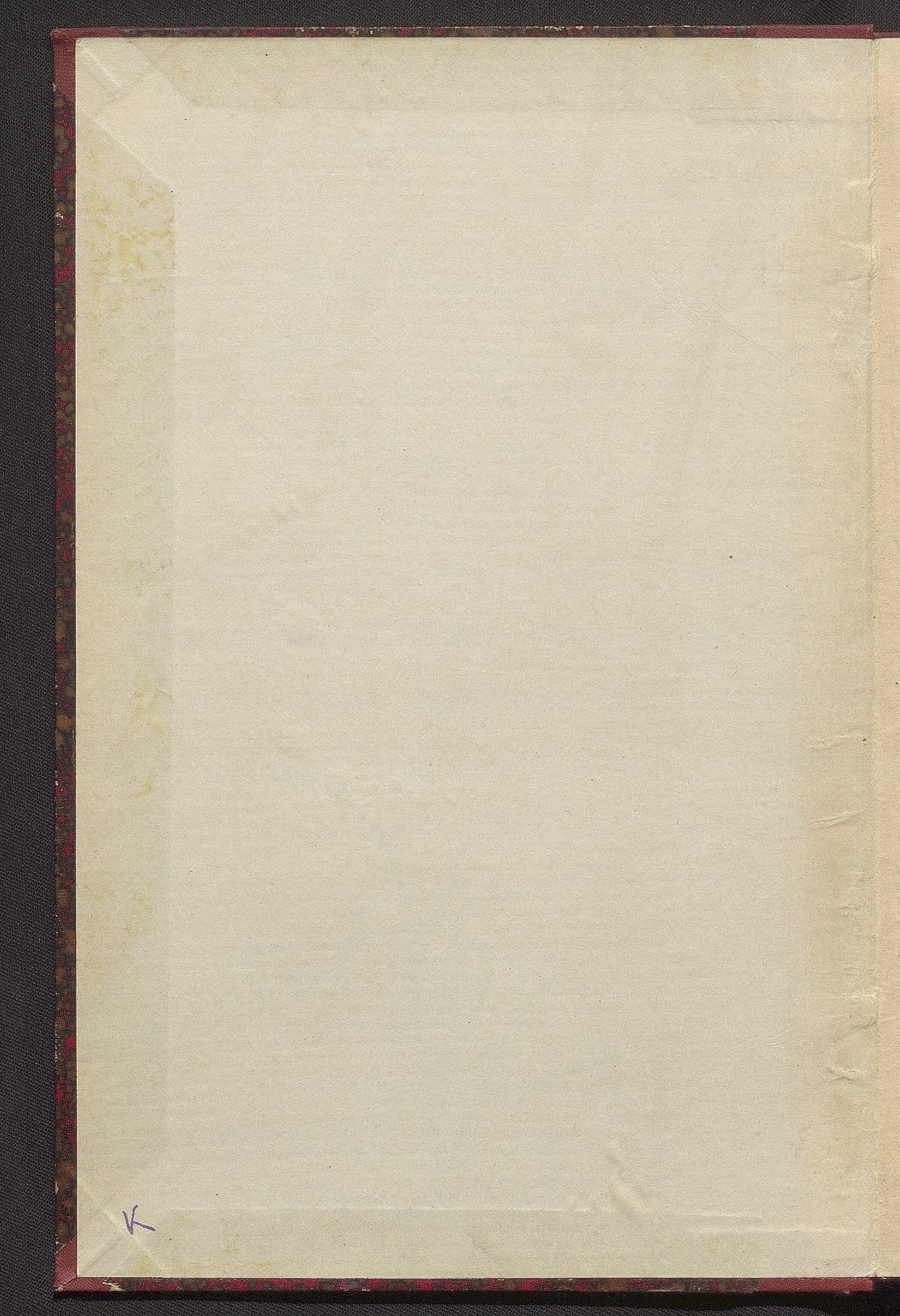
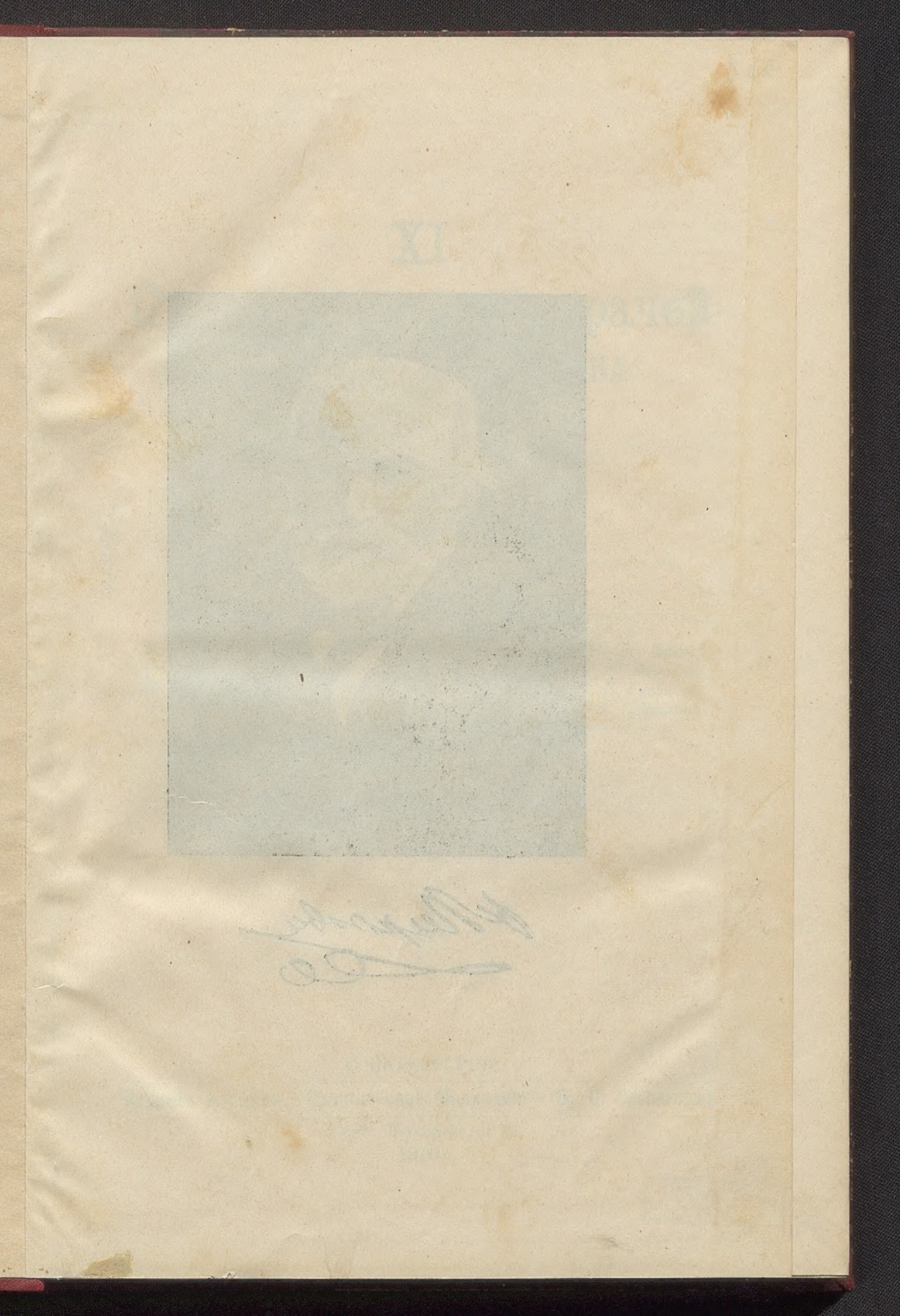
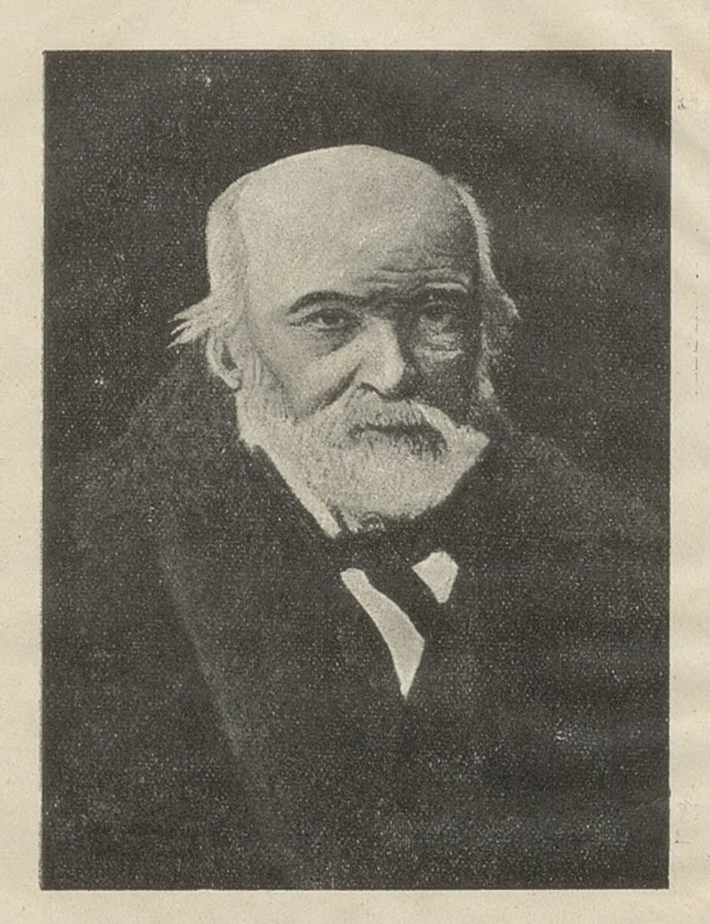



K





Н Пирогов

XI
Съѣздъ русскихъ врачей
въ память Н. И. Пирогова.

С.-Петербургъ.
21—28 Апрѣля 1910 года.

ОТЧЕТЪ

составили:
В. И. Бинштокъ, Е. И. Блехъ, В. В. Буховецкій, П. Б. Ваксъ, Р. І. Гайковичъ, В. В. Гориневская, Л. И. Дуговская, Г. С. Канцель, В. П. Кашкадамовъ, И. В. Левичъ, А. К. Розенталь, Б. И. Словцовъ, С. А. Сухановъ, В. И. Теребинскій, К. З. Яцута, Л. Я. Цейтлинъ и С. І. Хайкисъ.

Подъ редакціей д-ра мед. Г. И. Дембо.

С. ПЕТЕРБУРГЪ.
Изданіе журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).
Улица Жуковскаго, 13.
1910.

Тип. журнала «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ), ул. Жуковскаго, 13

Предисловіе.

Опытъ, сдѣланный въ 1907 году съ выпускомъ отдѣльной книги референтскихъ отчетовъ X Пироговскаго съѣзда, былъ очень сочувственно принятъ читателями, и уже передъ XI съѣздомъ мы получали запросы относительно того, не предполагается-ли повторить опытъ и для XI съѣзда.

Это желаніе читателей удовлетворено, и черезъ десять дней по закрытіи съѣзда предлагается читателямъ полный отчетъ о всѣхъ засѣданіяхъ съѣзда. Мы считаемъ своимъ долгомъ указать, что выполнить эту задачу, потребовавшую огромной затраты силъ и средствъ, удалось только благодаря крайне аккуратному и сочувственному отношенію къ дѣлу всѣхъ принимавшихъ участіе въ работѣ, а также благодаря вниманію со стороны Организаціоннаго Комитета, въ особенности проф. С. С. Салазкина и И. А. Дмитріева. Всѣмъ имъ мы приносимъ глубокую благодарность.

Спѣшность работы служитъ извиненіемъ для многихъ, несомнѣнно, встрѣчающихся въ книгѣ недочетовъ.

Редакторъ **Г. Дембо.**
Издатель **Ѳ. Эттингеръ.**

Оглавленіе.

Первое Общее Собраніе.

Открытіе XI съѣзда Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова и первое общее собраніе состоялось 21 апрѣля 1910 года.

Собраніе открылось въ дворянскомъ собраніи при переполнившей залъ публикѣ въ 1 ч. дня.

По открытіи XI съѣзда предсѣдателемъ организаціоннаго комитета проф. С. С. Салазкинымъ слово было предоставлено предсѣдателю правленія Пироговскаго Общества проф. Ф. А. Рейну.

Принося привѣтствія съѣзду отъ имени правленія Общества, Ф. А. Рейнъ вкратцѣ выясняетъ тѣ условія, которыя заставили правленіе созвать съѣздъ только черезъ три года и не въ томъ городѣ, который былъ намѣченъ X съѣздомъ. Послѣднее явленіе имѣетъ мѣсто первый разъ въ жизни Пироговскихъ съѣздовъ. Какъ извѣстно, X Пироговскій съѣздъ мѣстомъ слѣдующаго съѣзда назначилъ Одессу и далъ порученіе созвать его черезъ 2 года. Избранный X съѣздомъ изъ числа Одесскихъ врачей организаціонный комитетъ тотчасъ же послѣ съѣзда, въ маѣ 1907 г., приступилъ къ работамъ. Все заставляло предполагать, что мы будемъ имѣть въ Одессѣ своевременно прекрасно оборудованный съѣздъ, который долженъ былъ вызвать особый интересъ къ себѣ широкой организаціей секціи бальнеологической. Однако уже на первыхъ порахъ возникли формальныя затрудненія для устройства засѣданій комитета вслѣдствіе административныхъ требованій, согласно обязательнымъ постановленіямъ временного генералъ-губернатора, и явилось опасеніе за возможность при такихъ условіяхъ вести дальнѣйшую подготовительную работу къ съѣзду. Опасенія эти, къ сожалѣнію, оправдались, и полученный предсѣдателемъ организаціоннаго комитета проф. К. М. Сапѣжко отвѣтъ отъ генералъ-губернатора былъ такой, что ни дѣятельность комитета, ни самый созывъ съѣзда въ Одессѣ—въ интересахъ успокоенія города и въ виду несоотвѣтствующаго, по мнѣнію генералъ - губернатора, состава организаціоннаго комитета и характора будущаго съѣзда — допущены быть не могутъ. Тогда комитетъ призналъ невозможнымъ продолжать работу и постановилъ прекратить свою дѣятельность, увѣдомивъ правленіе о невозможности при создавшихся условіяхъ организовать XI Пироговскій съѣздъ въ Одессѣ. Правленіе подвергло всестороннему обсужденію вопросъ о мѣстѣ будущаго съѣзда путемъ обстоятельнаго выясненія всѣхъ условій pro и contra устройства съѣзда въ Москвѣ, Петербургѣ или Харьковѣ, причемъ были собраны отъ компетентныхъ лицъ необходимыя

справки и отзывы съ мѣстъ. При создавшихся ненормальныхъ условіяхъ наиболѣе правильнымъ было устройство съѣзда въ Москвѣ, гдѣ правленіе могло взять на себя организацію дѣла, но то исключительное вниманіе, которымъ пользовалось правленіе Общества со стороны администраціи, не давало никакихъ иллюзій насчетъ возможности созыва съѣзда въ Москвѣ. Пришлось остановиться на устройствѣ съѣзда въ Петербургѣ; при этомъ выяснилась, разумѣется, необходимость отсрочить созывъ съѣзда въ виду, между прочимъ, и того, что всю организаціонную работу приходилось начинать сначала. Въ результатѣ межсъѣздный періодъ удлинился до 3 лѣтъ. Правленіе Общества считаетъ своимъ долгомъ выразить благодарность проф. С. С. Салазкину и лицамъ, которыя не отказались войти въ составъ организаціоннаго комитета, за ту готовность, съ которою они отозвались на призывъ правленія и пришли на помощь ему. Правильно-ли дѣйствовало правленіе или нѣтъ—рѣшитъ съѣздъ, которому правленіе и шлетъ свои пожеланія полнаго успѣха.

С. С. Салазкинъ отъ имени организаціоннаго комитета сдѣлалъ докладъ относительно устройства XI съѣзда. Организаціонный комитетъ состоялъ изъ слѣдующихъ лицъ: Н. А. Вельяминова, П. А. Дмитріева, А. А. Лихачова, Д. О. Отта, С. С. Салазкина, Н. П. Симановскаго, В. Н. Сиротинина и Г. В. Хлопина. Первое засѣданіе организаціоннаго комитета состоялось 18 января 1909 г. Съѣздъ былъ намѣченъ на время съ 3 по 10 января 1910 г. Вопросъ о помѣщеніяхъ для съѣзда стоялъ передъ комитетомъ довольно остро въ виду состоявшагося въ 1904 г. запрещенія пользоваться помѣщеніями Военно-Медицинской Академіи для Пироговскихъ съѣздовъ. Въ виду недостаточности помѣщеній Женскаго Медицинскаго Института пришлось воспользоваться частью университетскихъ помѣщеній (физической и химической аудиторіями), помѣщеніемъ Психо-неврологическаго Института и Пироговскаго музея.

Огромное число представленныхъ докладовъ (около 500) заставило устроить свыше 100 засѣданій, причемъ при всемъ желаніи нельзя было устроить дѣло такъ, чтобы засѣданія близкихъ секцій не совпадали. Навстрѣчу съѣзду пошла городская дума предоставленіемъ помѣщенія и назначеніемъ съѣзду субсидіи въ 1000 руб.; субсидію дало также и Петербургское губ. земство (300 руб.). Ходатайства о субсидіи въ министерствѣ остались безъ удовлетворенія. При обсужденіи вопроса о выставкѣ рѣшено было вмѣсто нѣсколькихъ выставокъ при секціяхъ устроить общую выставку въ центральномъ мѣстѣ. Одновременно было высказано желаніе устроить болѣе полный отдѣлъ по городскому хозяйству (канализація, водоснабженіе), отдѣлъ по холерѣ и т. д.; были сдѣланы шаги къ выясненію вопроса о возможности устройства широкой выставки, поднятъ вопросъ о субсидіи правительства, привлечены къ участію общество охраненія народнаго здравія и техническое общество, Петербургское городское управленіе и Петербургское губернское земство.

Такъ какъ такая выставка, долженствующая широко охватить врачебно-санитарные вопросы, требовала для организаціи много времени, рѣшено было перенести созывъ съѣзда на Пасху, тѣмъ болѣе, что къ Рождеству были пріурочены многіе съѣзды (XII съѣздъ естествоиспытателей и врачей, I съѣздъ по борьбѣ съ пьянствомъ, съѣздъ невропатологовъ и психіатровъ, съѣздъ терапевтовъ, съѣздъ хирурговъ). Однако выяснилась невозможность и на Пасхѣ устроить широкую выставку; такъ какъ одновременно собирались экспонаты для русскаго отдѣла открываемой въ маѣ въ Дрезденѣ гигіенической выставки, то рѣшено было использовать эти экспонаты и устроить въ Петербургѣ въ 1912 г. выставку по больничному дѣлу и санитарному благоустройству населенныхъ мѣстъ; быть можетъ, къ тому времени удастся созвать и XII Пироговскій съѣздъ. XI Пироговскому съѣзду предстоитъ рѣшить важный вопросъ объ измѣненіи устава Общества. Организаціонный комитетъ, по соглашенію съ правленіемъ, призналъ необходимымъ избрать въ настоящемъ собраніи особую коммиссію по этому вопросу, чтобы она дала свое заключеніе къ соединенному засѣданію всѣхъ секцій 26 апрѣля и тѣмъ облегчила съѣзду разрѣшеніе столь важнаго вопроса. Пироговскіе съѣзды не только съѣзды научные, они съѣзды общественные. Какъ таковые, они должны считаться съ окружающими условіями. Русская жизнь за послѣднее время измѣнилась, но не вылилась въ опредѣленныя формы. Это создаетъ особое положеніе для Общества, налагаетъ на съѣздъ обязанность уберечься отъ крушенія, умѣло и благополучно провести Общество по не вполнѣ спокойному морю, сохранить за нимъ возможность жить и работать. Наличность съѣздовъ по отдѣльнымъ спеціальностямъ нѣсколько измѣняетъ характеръ работы Пироговскихъ съѣздовъ; настоящему съѣзду предстоитъ высказаться и по реорганизаціи техники съѣздовъ по докладу Г. И. Дембо.

Въ настоящемъ году исполняется 100 лѣтъ со дня рожденія Н. И. Пирогова; чествованію русскаго генія и посвящается настоящее засѣданіе. Правленіемъ на настоящемъ съѣздѣ будетъ произведенъ сборъ на сооруженіе Дома имени Н. И. Пирогова.

Высказавъ надежду, что XI съѣздъ окажется достойнымъ носить имя великаго ученаго и великаго гражданина, С. С. Салазкинъ отъ имени организаціоннаго комитета предложилъ послать привѣтственныя телеграммы Ѳ. Ѳ. Эрисману, Д. Н. Жбанкову, В. И. Яковенко, В. И. Долженкову. Кромѣ того, привѣтственная телеграмма послана открывающемуся одновременно съ Пироговскимъ съѣздомъ съѣзду борьбы съ торговлей женщинами.

Всѣ предложенія приняты подъ громъ аплодисментовъ собранія. Затѣмъ С. С. Салазкинъ объявляетъ результаты выборовъ. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Ф. А. Рейнъ (Москва), товарищами предсѣдателя: проф. С. Ф. Вериго (Одесса) и С. Н. Игумновъ (Харьковъ) и почетными секретарями: С. Е. Корженовскій (Екатеринославъ) и А. И. Морозова (Петербургъ).

Ф. А. Рейнъ въ своей рѣчи свой выборъ объясняетъ желаніемъ съѣзда выразить довѣріе правленію Общества, и это выраженіе довѣрія со стороны съѣзда правленію особенно цѣнно именно теперь, ибо въ силу тяжелыхъ условій переживаемаго лихолѣтія дѣятельность правленія не была особо интенсивной и, къ сожалѣнію, рядъ порученій прошлаго съѣзда остался невыполненнымъ. Общее пониженное настроеніе не давало возможности привлечь къ работѣ въ достаточномъ числѣ активныхъ работниковъ; коммиссіи, въ которыя передавались правленіемъ тѣ и другія порученія съѣзда, организовывались туго или даже совсѣмъ не организовывались; нѣкоторыя изъ ранѣе существовавшихъ коммиссій или работали вяло, или совсѣмъ не работали. Необходимо вѣское слово Пироговскаго съѣзда для поднятія настроенія, для разрѣшенія многихъ вопросовъ въ дѣлѣ строительства медицины. Освободительное движеніе и наступившее за нимъ тяжелое безвременье выдвинули много новыхъ вопросовъ общественнаго и научнаго характера. Скоро-ли прояснится горизонтъ — неизвѣстно, но вопросы ждутъ своего рѣшенія. Необходимо сплотиться, объединиться на творческую работу на пользу родного народа.

Затѣмъ слѣдовали привѣтствія: союза чешскихъ врачей и общества чешскихъ врачей въ Прагѣ (д-ръ Комрсъ), болгарскаго общества врачей, польскаго союза врачей (С. І. Залѣсскій, Е. Б. Контковскій), русскаго общества охраненія народнаго здравія (В. О. Губертъ), русскаго хирургическаго общества Пирогова (Н. А. Вельяминовъ), московскаго общества борьбы съ дѣтской смертностью (Д. С. Гороховъ), московскаго общества фабричныхъ врачей (Д. П. Орловъ), лиги равноправія женщинъ (Е. Н. Щепкина), слушательницъ Женскаго Медицинскаго Института (А. И. Королева-Масула), студенческаго Пироговскаго общества при Московскомъ университетѣ, общества Астраханскихъ врачей, медицинской секціи Митавскаго народнаго общества въ Вильнѣ, общества врачей Восточной Сибири, общества Минскихъ врачей, общества ночныхъ дежурствъ въ Харьковѣ, Екатеринославскаго общества врачей, Пироговскаго студенческаго медицинскаго общества при Томскомъ университетѣ, россійскаго ларингологическаго общества, петербургскаго ото-ларинголическаго общества, общества врачей, пріѣзжающихъ въ С.-Петербургъ для научнаго усовершенствованія, «Врачебной Газеты», россійской лиги эсперантистовъ, Психо-неврологическаго Института.

Получены телеграммы и письма отъ: В. И. Долженкова, В. И. Ковалевскаго (привѣтствіе отъ имени русскаго техническаго общества), общества народныхъ университетовъ, педагогическаго совѣта педагогическихъ курсовъ при петербургскомъ Фребелевскомъ обществѣ, Уральскаго медицинскаго общества, общества Архангельскихъ врачей, Бердянскаго медицинскаго общества, врачей Сенгилеевскаго съѣзда, редакцій «Сибирской Врачебной Газеты», «Русскаго Врача», «Практическаго Врача», «Новое въ Медицинѣ», Правленія союза общества помощниковъ врачей, врачей, отбывающихъ и отбывшихъ административную ссылку въ Астраханской губ.,

членовъ Гос. Думы Новикова, Колосова (Казань), Жданова (Н.-Новгородъ), Левашева (Петербургъ), общества студентовъ-ветеринаровъ «Согласіе» въ Юрьевѣ.

Объявлены результаты выборовъ; въ ревизіонную коммиссію по дѣламъ XI съѣзда избраны: Н. Н. Феноменовъ, С. Я. Кульневъ, Р. А. Павловская, С. В. Шидловскій, К. А. Раухфусъ.

Въ коммиссію по пересмотру устава избраны: А. И. Шингаревъ, И. В. Поповъ, Г. И. Ростовцевъ, Н. П. Васильевскій, С. В. Шидловскій, З. Г. Френкель, Н. А. Вигдорчикъ, В. Н. Сиротининъ, С. С. Салазкинъ, Д. К. Заболотный, М. Я. Капустинъ, А. А. Кадьянъ, Л. А. Тарасевичъ, А. С. Малькъ, Д. П. Никольскій.

Затѣмъ слѣдовали рѣчи.

Проф. В. И. Разумовскій: Н. И. Пироговъ, какъ хирургъ.

Каждая страна, каждая нація гордится по праву своими великими людьми, чтитъ ихъ, какъ своихъ святыхъ. Великіе люди составляютъ силу и мощь націи, даютъ ей право на вниманіе, на уваженіе со стороны другихъ культурныхъ націй. Россія, позднѣе другихъ выступившая на путь культуры и прогресса, все же успѣла въ области научной мысли и творчества выдвинуть рядъ дѣятелей, пріобрѣвшихъ міровое значеніе. Н. И. Лобачевскій, Н. И. Пироговъ и Д. И. Менделѣевъ даютъ право русскимъ считать себя пріобщившимися къ европейскому научному творчеству, участниками въ міровомъ научномъ прогрессѣ.

Н. И. Пироговъ, воспріявъ дары европейской культуры, благодаря мощи своего генія, не только становится въ уровень съ лучшими заграничными научными дѣятелями своего времени, но и самъ прокладываетъ новые пути и становится даже научнымъ вождемъ, учителемъ не только для Россіи, но и для Западной Европы.

Главной заслугой Н. И. Пирогова въ области хирургіи является то, что онъ прочно и навсегда закрѣпилъ связь анатоміи съ хирургіей, являясь въ этомъ отношеніи какъ бы продолжателемъ работъ Morgagni и Bichat.

Нужно имѣть въ виду, что даже лучшіе хирурги того времени (Roux, Gräffe и Diffenbach) были мало знакомы съ анатоміей, по свидѣтельству самого Пирогова.

Сдѣлавшись профессоромъ въ Дерптѣ, Пироговъ издаетъ капитальный трудъ—«Хирургическая анатомія артеріальныхъ стволовъ и фасцій»,—«плодъ восьмилѣтнихъ занятій». Но капитальный безсмортный трудъ по топографической анатоміи Пироговъ издаетъ позже въ Петербургѣ,—это его знаменитый атласъ въ 4 томахъ. Кромѣ того, ему же принадлежитъ еще цѣлый рядъ анатомическихъ трудовъ какъ по нормальной (преимущественно хирургической), такъ и по патологической анатоміи. Анатомическіе самоотверженные труды отражались на его здоровьи,

—онъ почти ежегодно, вслѣдствіе продолжительныхъ работъ въ грязномъ анатомическомъ помѣщеніи (старая баня), страдалъ гастрическими разстройствами.

Но Пироговъ былъ не только великимъ анатомомъ, связавшимъ навсегда хирургію съ анатоміей, онъ былъ и великимъ хирургомъ.

Въ военно-полевой хирургіи онъ не имѣетъ равнаго. Его книга «Начала общей военно-полевой хиругіи», изданная въ 60-хъ годахъ (на нѣмецкомъ и русскомъ языкахъ), служила «руководствомъ для всѣхъ врачей»; по свидѣтельству E. v. Bergmann'а Н. И. Пироговъ способствовалъ введенію наркоза въ Россіи и въ Западной Европѣ; такъ, онъ одинъ изъ первыхъ началъ примѣнять его въ массѣ случаевъ (тысячи упоминается въ его „Военно-полевой хирургіи"); онъ первый примѣнилъ наркозъ на полѣ сраженія (1847 г. на Кавказѣ); но главная его заслуга, это—организація врачебной помощи во время войны, которую онъ называетъ «травматической эпидеміей»; организація частной помощи на войнѣ (сестры милосердія) также связана съ его именемъ.

Изъ другихъ его научныхъ заслугъ по хирургіи нужно упомянуть о знаменитой «Пироговской операціи», положившей начало остеопластикѣ вообще; о разработкѣ заразныхъ хирургическихъ, такъ назыв. рановыхъ болѣзней, ученія о воспаленіи вообще; между прочимъ раньше Conheim'a, еще въ 1864 году, онъ уже ясно говорилъ объ образованіи гноя изъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Подробное перечисленіе всѣхъ вопросовъ науки медицины и хирургіи, которую разрабатывалъ Н. И. Пироговъ, заняло бы нѣсколько страницъ.

Какъ хирургъ онъ былъ очень искусенъ; камнесѣченіе, напр., онъ оканчивалъ въ 2 минуты, къ изумленію аудиторіи, но въ показаніяхъ былъ крайне осторожонъ,—онъ предостерегалъ врачей отъ излишняго увлеченія операціями.

Нужно отмѣтить также его отношеніе къ научной истинѣ: «Я положилъ за правило ничего не скрывать отъ моихъ учениковъ и немедля открывать сдѣланную ошибку, будетъ-ли она въ діагнозѣ или леченіи. Съ этимъ направленіемъ я началъ врачебное поприще, съ нимъ и окончу».

За свои заслуги еще при жизни Пироговъ былъ въ Западной Европѣ признанъ не только большимъ ученымъ, но учителемъ, вождемъ хирургіи. Первый, кто его такъ назвалъ, былъ знаменитый Вѣнскій хирургъ Billroth. Во время празднованія его юбилея въ Москвѣ (1881) получены были поздравленія отъ разныхъ университетовъ, ученыхъ обществъ Западной Европы и т. д.

Русское врачебное сословіе глубоко чтитъ память Н. И. Пирогова... Но памятникъ Пирогову должна воздвигнуть вся Россія. И такимъ памятникомъ можетъ быть именно законъ о всеобщемъ народномъ образованіи.

А. И. Шингаревъ: Н. И. Пироговъ, какъ общественный дѣятель и педагогъ.

Н. И. Пироговъ—нашъ національный геній съ характернѣйшими чертами лучшихъ сторонъ народной души, стойкій, глубоко-религіозный мыслитель, сочетавшій строгія научныя изысканія съ служеніемъ высшей истинѣ; поразительно правдивый и чуткій учитель. Лучше всего можно обрисовать эту обаятельную личность воспроизведеніемъ того, что онъ самъ говорилъ: въ его трудахъ, его автобіографіи, замѣткахъ, письмахъ и рѣчахъ видно все его міровоззрѣніе, видны всѣ его рѣзко опредѣленныя идеи и стремленія.

Пользуясь почти исключительно цитатами изъ сочиненій Н. И. Пирогова, ораторъ умѣлымъ сопоставленіемъ ихъ чертитъ весь циклъ основныхъ взглядовъ Н. И. на жизнь, религію, общество, его отношеніе къ молодежи, къ вопросу о національности и т. д. Особенно подробно ораторъ останавливается на разсмотрѣніи общественныхъ и политическихъ взглядовъ Н. И. Съ поразительной ясностью и правдивостью анализируетъ Н. И. потрясшее его событіе 1 марта 1881 г. «Не значитъ-ли это, что въ теченіе многихъ лѣтъ скоплялся въ тайникахъ общества матеріалъ, способный, при первомъ же дуновеніи свободы, воспламениться и причинить разрушенія?» Разсматривая введенныя реформы, онъ указываетъ, какъ уклонялись онѣ отъ первоначальнаго направленія и тѣмъ вызывали недовольство и озлобленіе на почвѣ ложныхъ обманутыхъ надеждъ. И, несмотря на происшедшее событіе, путь уврачеванія язвъ, по мнѣнію Н. И., лежалъ въ дальнѣйшихъ широкихъ реформахъ. И намѣчаемыя имъ реформы являются проектами и теперь—30 лѣтъ спустя. Онъ говоритъ, какъ объ органическихъ и нетерпящихъ отлагательства реформахъ—о предоставленіи болѣе широкихъ правъ самоуправленія земскимъ учрежденіямъ, подпавшимъ подъ вліяніе бюрократизма и администраціи, объ устраненіи военныхъ судовъ изъ области гражданскаго права и—главное—о введеніи выборнаго земскаго представительства въ Гос. Совѣтѣ. «Общественное представительство вмѣстѣ съ другими льготами, какъ-то: съ закономъ о свободѣ печати отъ администраціи, съ упроченіемъ правъ и самоуправленія земскихъ учрежденій, много бы способствовало къ сближенію культурнаго общества съ правительствомъ, дало бы ему болѣе проницательности и укрѣпило бы его ослабшій отъ внутренней неурядицы устой. Распространеніе образованія и просвѣщенія массъ, приспособленное болѣе, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, къ потребностямъ и нуждамъ народонаселенія, и постепенное введеніе обязательнаго ученія вмѣстѣ съ окончательнымъ регулированіемъ поземельныхъ и податныхъ обязанностей, и всего крестьянскаго управленія, было бы первой и главной обязанностью общественнаго представительства». Какой современностью звучатъ и понынѣ эти слова!

Вездѣ, во всемъ, какихъ только вопросовъ ни касался Н. И.,—а за время своей жизни, онъ всегда подходилъ съ своимъ смѣлымъ анализомъ ко всѣмъ вопросамъ, выдвигаемымъ жизнью,—всегда оставался онъ самимъ

собою: правдивымъ, честнымъ, глубокимъ мыслителемъ, ясно оцѣнивавшимъ требованія жизни и дѣятельно проводившимъ въ жизнь свои идеалы. Ясность, простота и въ то же время глубокая обоснованность убѣжденій Н. И. Пирогова—его характернѣйшая особенность. При всякой дѣятельности всегда, во всякой работѣ онъ требовалъ и отъ другихъ прежде всего вдумчивости, стойкихъ убѣжденій. «Вникните въ себя поглубже и узнайте повѣрнѣе, есть-ли въ васъ убѣжденіе, что ваши труды непремѣнно достигнутъ той цѣли, которую вы имъ предназначаете. Если да—начинайте смѣло. Остальное придетъ само собою рано или поздно». Въ этихъ словахъ вся суть требованій Н. И. къ общественнымъ дѣятелямъ. Н. И. удѣлялъ много вниманія вопросамъ воспитанія и школы и по справедливости считается творцомъ русской педагогіи. Доступъ къ образованію долженъ быть свободенъ, какъ свободны должны быть задачи образованія. Для университета онъ требуетъ автономіи въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова и чертитъ подробную систему этой автономіи, горячо и рѣзко возстаетъ противъ того, что, къ сожалѣнію, теперь составляетъ сущность оффиціальныхъ теорій. Изъ его педагогическихъ взглядовъ особенно интересно то полное осужденіе, которое онъ выноситъ экзаменамъ; противъ этого приходится бороться и теперь.

Въ заключеніе своей рѣчи А. И. Шингаревъ привелъ отзывы о Пироговѣ.

Жизнь Н. И. Пирогова, его работа, его идеи должны подкрѣплять насъ въ годины современнаго безвременья: онѣ показываютъ, до какихъ высотъ духа могутъ подниматься лучшіе сыны Россіи.

Обѣ рѣчи были восторженно приняты собраніемъ.

Отчетъ о засѣданіяхъ Съѣзда по секціямъ.

I ГРУППА.

Секція I. Анатомія.

25 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Р. И. Гельвичъ (изъ Кіева).

Прив.-доц. Г. А. Адольфи (Юрьевъ): О моделяхъ проводящихъ путей мозга. Демонстрированныя модели приготовлены въ натуральную величину изъ проволоки и покрыты воскомъ; онѣ установлены на желѣзномъ штативѣ съ деревянной подставкой. I модель: Пирамидные пути. Изображена часть лобной доли, centri semiovalis, capsula interna, передняя часть ножекъ мозга, мостъ, перекрестъ путей въ пирамидахъ и дальнѣйшій ходъ и самостоятельно идущій впереди fascis. cerebrospinalis anterior. II модель: Слуховой путь. Представлена улитка, слуховой нервъ, nucleus ventralis, nuc. acusticus, lemniscus lat. и trig. lemnisci, corp. quadrigem., кора средней части височной извилины. III модель: Зрительный путь. Изображена сѣтчатка, зрительные нервы, перекрестъ ихъ, зрительный бугоръ, колѣнчатое тѣло, pulvinar, corp. quadrigeminum, fissura calcarina, cuneus.

Прив.-доц. Э. Ландау (Юрьевъ) демонстрировалъ фотографическіе снимки устроеннаго имъ въ Юрьевѣ учебнаго музея по антропологіи. Музей имѣетъ необходимые измѣрительные приборы по Martin'у, слѣпки череповъ и другихъ костей съ различныхъ находокъ доисторическаго человѣка, картограммы, скалы цвѣта волосъ, глазъ и т. д. Докладчикъ обращаетъ вниманіе на то, что во всѣхъ государствахъ антропологія преподается какъ самостоятельный предметъ, и выражаетъ пожеланіе, чтобы это было введено и въ Россіи.

К. З. Яцута: Нѣсколько рѣдкихъ сосудистыхъ аномалій. Два случая новыхъ въ литературѣ варіантовъ артерій предплечья: 1) начало a. ulnaris изъ a. radialis и 2) начало a. ulnaris изъ a. mediana antibrachii.

По программному вопросу «Объ учрежденіи русскаго анатомическаго общества» высказались: Адольфи, Гельвичъ, Воробьевъ, Ландау, Яцута и др. и рѣшили просить завѣдующихъ секціей настоящаго съѣзда пропагандировать эту мысль среди біологовъ вообще и постараться къ слѣдующему съѣзду представить болѣе опредѣленный матеріалъ.

Гистологія съ эмбріологіей.

25 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. П. А. Поляковъ (Юрьевъ).

Прив.-доц. В. Я. Рубашкинъ: О развитіи половыхъ железъ млекопитающихъ. При обработкѣ на метахондріи (окраска желѣзнымъ гематоксилиномъ) половыя клѣтки отличаются зернистыми хандріозомами отъ соматическихъ клѣтокъ съ нитчатыми всключеніями. Эти признаки дали возможность автору прослѣдить половыя клѣтки у зародышей кролика послѣдовательно: въ корнѣ брыжейки, въ окружности кишки, еще раньше въ стѣнкѣ ея, затѣмъ въ энтодермѣ бластулы и, наконецъ, въ видѣ еще недифференцированныхъ клѣтокъ стадіи четырехъ шаровъ дробленія.

Прив.-доц. Г. Г. Шлатеръ представилъ на рисункахъ и моделяхъ развтіе человѣческаго зародыша по всѣмъ имѣющимся въ литературѣ даннымъ.

---

26 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. П. А. Поляковъ.

Д. К. Третьяковъ: синусоидальный волосъ и его нервы. Докладчикъ сообщилъ о строеніи синусоидныхъ волосъ, главнымъ образомъ, коровы. Докладчикомъ установлено нѣсколько видовъ окончанія нервовъ въ этихъ волосахъ, имѣющихъ значеніе осязательныхъ органовъ. Сообщеніе имѣетъ спеціальный характеръ.

Прив.-доц. Г. Г. Шлатеръ: О структурныхъ элементахъ мышечныхъ тканей. Міофибрилли. Докладчикъ сообщаетъ о тончайшемъ строеніи мышечной ткани зародышей—куриныхъ, мышиныхъ и человѣческихъ. Единицей мышцы является міофибрилла, состоящая изъ нити протоплазмы съ метамерно расположенными парными зернистыми утолщеніями. Они-то и обусловливаютъ поперечную исчерченность мышцы.

Секція II. Патологическая анатомія.

22 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. В. В. Подвысоцкій.

И. И. Широкогоровъ: Объ экспериментальномъ артеріосклерозѣ. Вопросъ впервые сталъ обращать на себя вниманіе въ 70-хъ годахъ прошлаго столѣтія, много сдѣлано Дерптской школой проф. Тума. Съ 1903 г. занялись вопросомъ о возможности отождествленія искусственнаго атероматоза у животныхъ съ артеріосклерозомъ у человѣка. Производя рядъ опытовъ надъ искусственнымъ atheromatos'омъ у кроликовъ, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) нервная система тутъ не играетъ никакой роли; 2) отравленія алкоголемъ, свинцомъ и алое и вообще алкалоидами значенія тоже не имѣютъ; 3) всякая инфекція, какъ и всякое повышеніе кровяного давленія играютъ несомнѣнно большую роль въ развитіи артеріосклероза; для повышенія кровяного давленія употреблялся адреналинъ; 4) въ вопросѣ объ отождествленіи искус-

ственнаго и естественнаго артеріосклероза играетъ роль несоотвѣтствіе чисто логическаго съуженія стѣнокъ кровяныхъ сосудовъ у животнаго и человѣка, такъ, кроличья аорта по строенію подходитъ къ сосудамъ средняго калибра у человѣка; но сходство этихъ процессовъ несомнѣнно; адреналиновый склерозъ можетъ быть приравненъ къ сифилитическому склерозу, это мнѣніе подтверждается демонстрированной таблицей; 5) процессъ артеріосклероза, какъ у человѣка, такъ и у кролика происходитъ розно въ поверхностныхъ мелкихъ сосудахъ и въ сосудахъ крупныхъ.

Въ преніяхъ большинство не согласилось съ мнѣніемъ о томъ, что искусственный склерозъ аналогиченъ естественному. Проф. Петровъ указалъ на безуспѣшность поставленныхъ имъ опытовъ съ цѣлью вызвать у животныхъ артеріосклерозъ подъ вліяніемъ алкоголя; можетъ быть, причина въ томъ, что опыты ведутся на мелкихъ животныхъ. Крыловъ сообщилъ о безуспѣшныхъ опытахъ въ этомъ отношеніи у барановъ. Кромѣ того, въ докладѣ упущенъ важный факторъ, это—измѣненія сосудовъ, предшествующія артеріосклерозу у человѣка, этотъ моментъ отсутствуетъ у подвергаемыхъ опыту животныхъ, потому нѣтъ и не можетъ быть полной аналогіи въ томъ же процессѣ у животнаго и у человѣка. Проф. Подвысоцкій обратилъ вниманіе на большую роль наслѣдственности; она имѣется у человѣка и нѣтъ ея у животныхъ, и потому искусственные процессы у животныхъ не могутъ имѣть полной аналогіи съ патологическимъ у человѣка.

И. И. Широкогоровъ: Объ искусственномъ воспроизведеніи опухолей. Докладчикъ повторилъ опыты проф. Подвысоцкаго, получившаго искусственно нѣчто, похожее на опухоль; онъ впрыскивалъ въ полость груди и живота кроликамъ и собакамъ очень мелкій порошокъ горной муки и въ результатѣ получилъ опухоль у кроликовъ: на серозной оболочкѣ тонкой кишки, въ подкожной клѣтчаткѣ и черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ впрыскиванія на днѣ желудка, величиной въ куриное яйцо. Кахексіи у кроликовъ не было. Морфологически склоненъ считать опухоль саркомой. Опыты убѣдили его въ справедливости формативной теоріи.

Проф. Левинъ не согласенъ съ тѣмъ, что опухоль, полученная докладчикомъ, формативнаго происхожденія; это есть собраніе гигантскихъ клѣтокъ, собравшихся для защиты организма. Онъ дѣлалъ опыты надъ собаками, впрыскивалъ въ ductus choledochus химико-механическую смѣсь, съ цѣлью получить искусственную эпителіому. Черезъ 3 недѣли никакихъ слѣдовъ новообразованія не нашли. Впрыснутую смѣсь обнаружили въ соединительной ткани подъ Глиссоновой капсулой. Проф. Моисеевъ, Соболевъ, проф. Петровъ, Ольшвангеръ также высказываются противъ взгляда докладчика, что въ данномъ случаѣ имѣется саркома. Проф. Подвысоцкій обращаетъ вниманіе на продолжительность существованія опухоли (8 мѣсяцевъ); ученіе объ опухоляхъ придется пересмотрѣть въ ближайшемъ будущемъ, включивъ въ него и реактивныя опухоли. Докладчикъ въ своемъ послѣднемъ словѣ отмѣтилъ, что онъ не утверждаетъ, что полученная опухоль непремѣнно саркома, но такъ какъ клѣтки не всѣ гигантскія, то не склоненъ считать ее и гранулемой. Въ самой клѣткѣ процессъ несомнѣнно прогрессивный, въ окружающей ткани реакціи не наблюдается. Процессъ образованія опухоли нельзя сравнить съ воспаленіемъ, такъ какъ нѣтъ соединительной ткани.

Н. Н. Аничковъ: Къ вопросу объ экспериментальномъ міокардитѣ. Искусственно міокардитъ можетъ быть вызванъ путемъ перевязки art. coronariae или нанесеніемъ механическаго ущерба сердечной стѣнкѣ, или введеніемъ вредныхъ веществъ въ кровь (особенно дѣйствуетъ адреналинъ). Въ Америкѣ были сдѣланы опыты надъ комбинированнымъ дѣйствіемъ адреналина и коффеина. Рѣзкія измѣненія въ міокардіи получились уже на 4—5 день. Докладчикъ провѣрилъ эти опыты, обращая преимущественное вниманіе на патогенезъ. Микроскопи-

ческія изслѣдованія сдѣланы по схемѣ и методикѣ Максимова, получаются лимфатическія пространства, много бѣлковыхъ зеренъ, какъ результатъ распада фибриллей, затѣмъ замѣчается вакуолизація вокругъ мышечныхъ фибриллей. Поперечная полосатость мышцъ исчезаетъ, а продольная рѣзче выдѣляется. Встрѣчаются фибробласты и лимфоциты, увеличено количество блуждающихъ элементовъ. Процессъ протекаетъ медленно. Измѣненій въ сосудахъ нѣтъ, дегенерація мышцъ объясняется утомленіемъ сердца. Разростаніе соединительной ткани является какъ реакція распада мышцъ.

Проф. Моисеевъ обращаетъ вниманіе на то, что полученная картина соотвѣтствуетъ клиническому паренхиматозному міокардиту, хотя патологическая анатомія этой формы не признаетъ. Соболевъ думаетъ, что нужно считаться съ ядовитымъ дѣйствіемъ впрыскиваемыхъ веществъ, особенно съ дѣйствіемъ адреналина. Нужно было бы изслѣдовать поперечно-полосатыя мышцы другихъ частей тѣла. Широкогоровъ говоритъ, что при его изслѣдованіяхъ онъ замѣтилъ, что отъ дѣйствія адреналина сердце увеличивается; если же примѣнить еще іодъ, то оно уменьшается.

Д-ръ Мейеръ: О гистогенезѣ самопроизвольныхъ разрывовъ сердца. Докладчикъ приводитъ наблюденія надъ 11 случаями: мужчинъ было 7, женщинъ 4: возрастъ между 45—77 гг. Чаще разрывъ лѣваго желудочка, именно его передней стѣнки. Внутреннее отверстіе разрыва почти всегда меньше наружнаго. Во всѣхъ случаяхъ были поражены вѣнечныя артеріи, въ большинствѣ случаевъ острый или подострый интерекціозъ процесса. Выводы: 1) здоровая мышца не разрывается; 2) въ громадномъ большинствѣ случаевъ играетъ роль тромбозъ; 3) одного некроза недостаточно для разрыва; 4) въ ограниченныхъ случаяхъ играетъ роль міогенное измѣненіе.

---

22 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Н. В. Петровъ.

Проф. Н. В. Петровъ: Объ измѣненіяхъ въ щитовидной и надпочечной железахъ при отравленіи алкоголемъ. Въ своихъ изслѣдованіяхъ докладчикъ пользуется обыкновеннымъ этиловымъ спиртомъ, разведенымъ до 20 — 40°. Опыты производились на кроликахъ и собакахъ и раздѣлены на 4 группы: 1) алкоголь этиловый; 2) таковой въ смѣси съ сивушнымъ масломъ; 3) введена токсическая доза до 95° спирта; 4) производилось острое отравленіе въ теченіе 28 дней, затѣмъ давался трехмѣсячный отдыхъ. Доза отъ 2½ до 4 кубиковъ, максимальный срокъ наблюденія 1 м. 7 дней въ первой группѣ и 16 мѣсяцевъ во второй. При всѣхъ опытахъ получились сильныя измѣненія въ ядрахъ клѣтокъ, въ коллоидѣ обнаружены вакуолы, какъ продуктъ распада клѣтокъ, отмѣчена сильная гиперемія и рѣзкое увеличеніе жировыхъ капель въ клѣткахъ. Въ 4 группѣ встрѣчались и элементы въ состояніи возрожденія. Изслѣдованія надпочечныхъ железъ раздѣлены на 3 группы, тутъ нужны болѣе тонкія наблюденія, приходилось прибѣгнуть къ измѣренію клѣтокъ. Въ общемъ измѣненія тѣ же, что въ щитовидной железѣ. Изслѣдованіе упомянутыхъ железъ у чело-

вѣка, умершаго отъ отравленія алкоголемъ, дали результаты аналогичные съ данными экспериментальнаго изслѣдованія. Отмѣчена масса жировыхъ клѣтокъ.

Въ преніяхъ Соболевъ высказалъ мысль, не есть-ли появленіе вакуолъ въ коллоидѣ результатъ перерожденія липоидовъ надпочечныхъ железъ, не происходитъ-ли тутъ превращенія жира изъ невидимаго въ видимый? Проф. Моисеевъ остановилъ свое вниманіе на томъ фактѣ, что когда отравленіе алкоголемъ прекращается, измѣненныя ткани имѣютъ склонность вернуться къ нормѣ. Это важно въ практическомъ смыслѣ. Кромѣ того въ преніяхъ участвовали Широкогоровъ и Солуха.

К. П. Сорапинъ: Къ изученію образованія и строенія костной мозоли. Изслѣдованія производились д-ромъ Сингоевскимъ, который произвелъ двѣ серіи опытовъ параллельныхъ. Въ 1 серіи на 24 собакахъ, которыя убивались не раньше 4-го дня и не позже 140; во второй серіи на 15 собакахъ, которыя убивались не раньше 4-го дня и не позже 90 дня; въ первой серіи операціи производились на большой берцовой кости, во второй на 8 ребрѣ. Въ тѣхъ участкахъ оперированныхъ, гдѣ удалось достичь полной неподвижности, костная мозоль получалась гладкая, тонкая, безъ предварительнаго разрощенія хрящевой ткани, тогда какъ въ контрольныхъ участкахъ она получалась грубая, благодаря обильному разрощенію хрящевой ткани, какъ переходной стадіи къ костной мозоли, причемъ переходъ этотъ совершается медленно. Опыты эти дѣлались съ цѣлью установить закономѣрность въ образованіи хрящевой ткани въ костной мозоли. Костная мозоль образуется изъ трехъ зонъ: первая надкостничная, вторая зона Гаверсовыхъ каналовъ и третья продуктивная въ центральномъ каналѣ. Выводы докладчика: 1) существуетъ закономѣрность въ развитіи хряща въ костной мозоли; 2) эмбріональные элементы дифференцируются изъ костныхъ клѣтокъ; 3) главное значеніе хрящевой ткани въ ея безсосудистости и она играетъ пассивную роль; 4) въ начальныхъ фазахъ окостенѣніе происходитъ неправильно; 5) клѣтки размножаются прямымъ дѣленіемъ; 6) тамъ, гдѣ разростается хрящъ, образованіе костной мозоли идетъ медленно.

Проф. Моисеевъ спрашиваетъ, не замѣчено-ли, что въ процессѣ обратнаго развитія костной мозоли, въ случаяхъ, гдѣ она возникаетъ безъ хрящевого перехода, атрофія заходитъ слишкомъ далеко? Константиновъ считаетъ вопросъ практически интереснымъ, такъ какъ главнымъ условіемъ хорошей костной мозоли считается отсутствіе давленія и неподвижность, а между тѣмъ есть школа, которая предлагаетъ при переломахъ приступать къ раннему движенію переломленныхъ членовъ. Докладчикъ считаетъ, что идеалъ леченія сводится къ тому, чтобы иммобилизировать мѣсто перелома и мобилизировать окружающую ткань съ цѣлью улучшенія питанія. Димантъ обращаетъ вниманіе на то, что при акушерскихъ операціяхъ иногда интересно получить хрящевую мозоль, напр. при операціяхъ на лонныхъ костяхъ. Въ преніяхъ, кромѣ того, принимали участіе проф. Петровъ и прив.-доц. Соболевъ.

Прив.-доц. Л. В. Соболевъ: О бронхіомахъ. Бронхіомы имѣютъ своей исходной точкой остатки жабернаго аппарата. Венгловскій находилъ на трупахъ дѣтей остатки жаберной щели и даже остатки мезенхимы и жаберныхъ дугъ. Связь этихъ опухолей съ опредѣленными остатками жаберныхъ щелей можетъ быть констатирована; соотвѣтственно положенію опухоли можно сказать, изъ какого жабернаго остатка она

происходитъ и каково ея строеніе. Опухоли эти независимы отъ кожныхъ покрововъ, состоятъ изъ элементовъ жаберныхъ остатковъ, происходятъ или изъ остатковъ ducti thymo-faringea, или отъ ductus-thyreoglossi, или отъ 4-й жаберной щели. Демонстрировались двѣ опухоли: одна киста чистая, а другая преобразовавшаяся въ раковую опухоль.

Въ преніяхъ участвовали проф. Петровъ и прив.-доц. Широкогоровъ.

---

24 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ В. И. Кедровскій (Москва).

М. М. Шульгинъ: Объ окраскѣ Обермейеровскихъ спирохэтъ въ ткани селезенки при возвратномъ тифѣ. Насколько легко открываются спирохэты въ крови больныхъ сыпнымъ тифомъ, настолько ихъ трудно открыть въ тканяхъ органовъ на ихъ трупахъ. Въ 1908 г. Рабиновичъ предложилъ воспользоваться способомъ, основаннымъ на принципѣ серебренія. Этимъ способомъ докладчикъ изслѣдовалъ 30 случаевъ и въ 5 селезенкахъ найдены были спирохэты, и то только въ фолликулахъ селезеночной ткани. На основаніи своего опыта считаетъ способъ простымъ и удобнымъ.

Проф. Петровъ говоритъ, что ему пришлось изслѣдовать препаратъ селезенки, лежавшій много лѣтъ въ формалинѣ, и онъ былъ удивленъ, найдя въ фолликулѣ большое количество спирохэтъ Обермейера. Кедровскій находитъ, что способъ серебренія капризный, на что указываетъ необходимость его модифицировать, но получаемые препараты болѣе демонстративны, чѣмъ таковые при способѣ Никифорова. Въ преніяхъ принимали участіе: Шуенниовъ, Мильманъ, прив.-доц. Соболевъ, прив.-доц. Широкогоровъ.

А. М. Петровъ: Къ патогенезу и гистогенезу дистоматозныхъ циррозовъ печени у рогатаго скота. Дистоматозъ у рогатаго скота встрѣчается часто. Паразитъ-возбудитель относится къ классу Plathodes, внѣдряется преимущественно въ желчные пути, отдавая предпочтеніе лѣвой долѣ печени и вызывая въ ней сильныя измѣненія. Микроскопическая картина выясняетъ ходъ процесса — онъ начинается въ стѣнкахъ сосудовъ желчныхъ путей, поражая ткани по своему ходу снаружи — внутрь. (Были случаи нахожденія паразита въ воротной венѣ). Эпителіальный покровъ иногда сохраняется, иногда отпадаетъ, получается картина мелкоклѣточнаго инфильтрата вокругъ посторонняго тѣла. Впослѣдствіи получается полная атрофія сосудовъ и некрозъ клѣтокъ, нормальное строеніе печени измѣняется, причемъ на измѣненіе печени вліяютъ также выдѣляемые паразитами токсины. Замѣчается также усиленное развитіе соединительной ткани, т. е. въ общемъ получается комбинированный биліарный и гипертрофическій циррозъ печени. Рѣдко паразиты обнаруживаются въ воротной венѣ, что подаетъ поводъ думать, что черезъ нее они проникаютъ въ ткань печени.

Соболевъ замѣтилъ, что, судя по рисункамъ, этотъ циррозъ анатомически нельзя назвать биліарнымъ. Яйца на препаратѣ тоже не убѣждаютъ, они скорѣе похожи на corpora amylacea. Проф. Петровъ отмѣчаетъ, что при желчномъ циррозѣ обыкновенно происходитъ скопленіе желчи въ желчныхъ капиллярахъ, между тѣмъ на демонстрируемыхъ препаратахъ нигдѣ не видно желчнаго пигмента; также

не замѣчается сильнаго развитія соединительной ткани, свойственнаго гипертрофическому циррозу. Въ преніяхъ принимали участіе: Шуениновъ, проф. Моисеевъ, Аничковъ и др.

Н. Ф. Мельниковъ-Разведенковъ: О транспортировкѣ препаратовъ на дальнія разстоянія. (Докладъ прочитанъ А. В. Говоровымъ). Способъ, предлагаемый докладчикомъ, слѣдующій: препаратъ, уже фиксированный, предварительно промывается водой и опускается въ глицериново-уксусную смѣсь; въ этой смѣси держится до 5 дней. Послѣ достаточнаго пропитыванія препаратъ обертывается сначала ватой, затѣмъ двумя—тремя рядами параффиновой бумаги и закупоривается въ деревянный или жестяной ящикъ. Такой препаратъ, сохранившійся много мѣсяцевъ, былъ демонстрированъ Говоровымъ. Докладчикъ подчеркиваетъ пригодность этихъ препаратовъ даже для микроскопическихъ изслѣдованій.

Шоръ отмѣчаетъ, что на демонстрированномъ препаратѣ цвѣтъ измѣненъ, и это при способѣ Мельникова неизбѣжно, а потому нельзя признать способъ удовлетворительнымъ. Кромѣ того и обертываніе ватой для нѣжныхъ препаратовъ тоже не безразлично. Кедровскій находитъ, что способъ д-ра Шора, давно описанный, болѣе удобенъ, чѣмъ предлагаемый. Нѣсколько замѣчаній сдѣлалъ Соболевъ.

---

24 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Н. В. Петровъ.

Проф. А. И. Моисеевъ: Строеніе гранулемы Пендинской язвы. Трактуемая болѣзнь мало изучена, хотя довольно распространена; болѣзнь кожная, не тяжелая и сама по себѣ не представляла бы интереса, если бы не была разновидностью другой серьозной формы кожнаго заболѣванія, такъ назыв. Kola-Asa. Макроскопически обѣ эти формы начинаются съ папулъ, которыя подвергаются быстрому распаду и переходятъ въ язву воспалительнаго характера. Микроскопически обнаруживается гнѣздное строеніе больной ткани, гнѣзда состоятъ изъ грануляціонныхъ клѣтокъ и отдѣляются другъ отъ друга сосудами. Въ ободкѣ клѣтки содержится хроматиновое вещество въ видѣ палочки—это и есть возбудитель болѣзни, паразитъ близкій къ трипанозому. Внѣдряясь въ ткань, эти паразиты даютъ Пендинскую гранулему; проникая въ лимфатическіе и кровеносные сосуды, даютъ Kola-Asa. По содержанію гіалиновыхъ шаровъ Пендинская гранулема напоминаетъ rhinoscleromʼу.

Теребинскій отмѣчаетъ, что нѣкоторые изслѣдователи считаютъ, что возбудитель Kola-Asa это паразитъ piroplasma. Кедровскій привелъ случай, когда въ Пендинской гранулемѣ были обнаружены гигантскія клѣтки, благодаря чему гранулема симулировала туберкулезъ. Соболевъ считаетъ, что разъ въ лимфатическихъ сосудахъ оказались паразиты, то железы должны были бы быть увеличены, между тѣмъ докладчикъ подчеркиваетъ, что въ его случаѣ железы не были увеличены; это непонятно. Проф. Петровъ думаетъ, что тутъ имѣется дѣло со смѣшанной инфекціей, такъ какъ имѣются и бактеріи нагноенія. Ивановъ говоритъ, что, по его наблюденіямъ, Пендинскую язву часто смѣшиваютъ съ язвой гуммозной и потому было бы интересно знать, происходятъ-ли въ железахъ измѣненія, аналогичныя кожнымъ. Мильманъ имѣлъ случай Пендинской язвы, гдѣ въ культурахъ былъ обнаруженъ стафилококкъ; прививъ его кролику, онъ получилъ у послѣдняго ползучую язву.

Э. Н. Винтелеръ: О псевдомиксомѣ брюшины. Докладчикъ сообщилъ результатъ изслѣдованій 2 случаевъ псевдомиксомы отъ

разрыва слизистой кисты червеобразнаго отростка. Въ первомъ стадіи болѣзни изъ мѣста перфораціи выдѣляется порядочное количество слизи, но эмигрировавшій цилиндрическій эпителій не въ большомъ количествѣ к слизи продуктивной мало; тогда какъ во второмъ случаѣ, кромѣ излившейся изъ кисты слизи, масса слизи продуктивной, такъ какъ цилиндрическій эпителій успѣлъ пустить глубокіе корни на разныхъ мѣстахъ и, размножаясь, выдѣлялъ неимовѣрное количество слизи. Ея такъ много, что макроскопически она склеиваетъ между собой всѣ органы брюшной полости. Сильно разростающійся цилиндрическій эпителій даетъ картину какъ бы переходной ступени къ новообразованію. На основаніи этихъ наблюденій докладчикъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) при перфораціи слизистой кисты червеобразнаго отростка возможно какъ бы разростаніе слизи въ полости брюшины; 2) цилиндрическій эпителій можетъ разростаться на новыхъ мѣстахъ; 3) часть слизистой массы подвергается патологическому измѣненію; 4) въ раннемъ періодѣ возможно излеченіе радикальнымъ удаленіемъ червеобразнаго отростка; 5) въ позднемъ стадіи трудно удалить отростокъ за ненахожденіемъ его въ массѣ слизи и потому прогнозъ въ высшей степени неутѣшительный.

Унгеръ несогласна съ пессимистическимъ взглядомъ докладчика на возможность излеченія путемъ операціи въ позднихъ стадіяхъ разрыва кисты червеобразнаго отростка. По аналогіи съ разрывомъ кисты яичниковъ она должна сказать, что исходы операціи бываютъ удачны.

Въ преніяхъ участвовали: Соболевъ, Мильманъ и Сысоевъ.

М. С. Мильманъ: **О значеніи пигмента въ нервныхъ клѣткахъ, какъ продукта ихъ изнашиванія.** Въ старости, въ разныхъ органахъ человѣческаго тѣла, какъ въ мозгу, сѣменныхъ железахъ, появляется бурый пигментъ; такъ какъ онъ является какъ продуктъ обмѣна веществъ, то названъ пигментомъ изнашиванія, но считаясь съ фактомъ, что количество пигмента не всегда соотвѣтствуетъ количеству нервной работы, многіе изслѣдователи не признаютъ, что находимый пигментъ есть продуктъ изнашиванія. Послѣдователи этой теоріи ссылаются на substantia nigra, въ которой заложены много центровъ нервныхъ и въ которой пигментъ обнаруживается въ ранней молодости, тутъ какъ бы соотвѣтствіе количества пигмента съ количествомъ работы. Для выясненія этого вопроса докладчикъ дѣлалъ провѣрочныя наблюденія: онъ изслѣдовалъ количество пигмента въ правой и лѣвой половинѣ двигательныхъ сферъ спинного мозга; правая рука работаетъ больше лѣвой, слѣдовало бы ожидать, что въ двигательныхъ нервныхъ клѣткахъ правыхъ будетъ больше пигмента; оказывается, что изъ 18 случаевъ только въ двухъ пигментъ въ правыхъ клѣткахъ превалировалъ надъ лѣвыми. Изслѣдовались еще клѣтки поясничнаго мозга и подъязычнаго нерва,— нигдѣ соотвѣтствія не замѣчено. Выводъ докладчика таковъ, что пигментъ не есть продуктъ изнашиванія, а продуктъ недостаточнаго питанія нервной ткани.

Проф. Подвысоцкій считаетъ, что изслѣдованія докладчика слишкомъ малы для смѣлыхъ выводовъ. Нужно думать, что часть пигмента есть продуктъ перера-

ботки разложившихся кровяных шариковъ, нервная клѣтка, какъ фиксированная, выбросить отпавшихъ шариковъ не можетъ, а должна переработать. Мизгуля высказалъ мнѣніе, что старческій пигментъ разнится отъ такового въ молодомъ возрастѣ.

---

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ М. М. Шульгинъ (Харьковъ).

М. Н. Шевандинъ: Къ патологической анатоміи morbus Banti. Произведенное изслѣдованіе 14 случаевъ отъ 8—40 лѣтъ на трупахъ съ прижизненнымъ діагнозомъ morbus Banti заставляетъ подчеркнуть тотъ фактъ, что нельзя было констатировать однообразія картины и потому нельзя согласиться съ тѣмъ, что это есть отдѣльная форма болѣзни. Постоянно только одно, что при сильно увеличенной селезенкѣ имѣется атрофическій циррозъ печени; но, считаясь съ недостаточной изученностью физіологіи и гистологіи селезенки, трудно опредѣлить патогенезъ даннаго страданія. Во всѣхъ случаяхъ этой болѣзни можно только говорить о хронической инфекціи, при которой органы поражаются въ той послѣдовательности, которую отмѣчаетъ Banti; классифицировать же симптомокомплексъ Banti по этіологическимъ, анатомическимъ или клиническимъ даннымъ нельзя. Можно только опредѣленно сказать, что функція селезенки измѣняется подъ вліяніемъ яда, послѣдствіемъ котораго является ея гипертрофія. Экспериментальные опыты съ введеніемъ въ организмъ кролика измельченнаго куска селезенки въ физіологическомъ растворѣ дали отрицательный результатъ. Бактерій тоже не найдено.

Проф. Моисеевъ считаетъ, что приходится искать паразитовъ, какъ источника заболѣванія, онъ допускаетъ возможность близости даннаго заболѣванія съ Kola-Asa. Шуениновъ думаетъ, что впослѣдствіи, когда будетъ обнаружено больше случаевъ, болѣзнь Banti будетъ установлена, какъ самостоятельная форма болѣзни. Мильманъ указываетъ на изслѣдованные имъ 40 случаевъ splenomegalii, гдѣ въ большинствѣ этіологическимъ моментомъ нужно считать малярію, а разростаніе эластическихъ волоконъ причиной гипертрофіи селезенки. Соболевъ думаетъ, что если трудно дать ясную, опредѣленную характеристику данной болѣзни, то втиснуть ее въ рамки обычныхъ циррозовъ еще труднѣе. Повидимому это какое-то пораженіе крови и извѣстной части кровотворящихъ органовъ.

Въ преніяхъ участвовали Шоръ и Вильямовскій.

А. В. Говоровъ: Опытъ статистическаго изслѣдованія первичныхъ раковъ бронховъ и легкихъ въ средней и южной полосѣ Россіи, на основаніи свыше 94.000 протоколовъ вскрытій. (Съ демонстраціей 4 таблицъ и 28 рис. отъ собственныхъ случаевъ). Докладчикомъ было изслѣдовано 20 случаевъ: анатомически онъ нашелъ 3 формы первичнаго рака легкихъ: 1) узловую, 2) инфильтрирующую и 3) смѣшанную; гистологически опухоли образуются изъ эпителія цилиндрическаго, полиматозныхъ и эпидермальныхъ клѣтокъ. Поражаютъ чаще мужчинъ—отношеніе 5—1½; чаще правое легкое, возрастъ излюбленный установить не удалось. Въ общемъ первичный ракъ бронховъ и легкихъ бываетъ рѣдко, относительно часто встрѣчается комбинація рака съ туберкулезомъ.

Соболевъ видѣлъ случай обширнаго язвеннаго процесса бронховъ, который при микроскопическомъ изслѣдованіи оказался ракомъ, этотъ случай надо считать происходящимъ отъ поверхностнаго эпителія бронховъ, случаи другіе считаетъ про-

изводнымъ отъ эпителія выводныхъ протоковъ железъ, такъ какъ этотъ эпителій склоненъ къ атипическимъ разростаніямъ. Шарп указалъ, что важно провѣрить гистогенезъ въ свѣжихъ случаяхъ, прослѣдивъ начальный стадій роста цилиндрическихъ клѣтокъ. Соколовъ указалъ, что въ 1127 вскрытіяхъ въ Обуховской больницѣ констатировалъ ракъ легкихъ 36 разъ и бронховъ 14 разъ, подтверждаетъ выводъ докладчика, что правое легкое поражается чаще лѣваго и что мужчины заболѣваютъ чаще, чѣмъ женщины.

Н. В. Стуккей: Объ измѣненіяхъ аорты кроликовъ при усиленномъ кормленіи животной пищей. Куриное яйцо, мясной сокъ и молоко давали рѣзкія измѣненія въ сосудистой системѣ, менѣе рѣзкія измѣненія при кормленіи желткомъ и молокомъ и никакихъ измѣненій не было при кормленіи однимъ куринымъ бѣлкомъ и мяснымъ сокомъ. Измѣненія были аналогичны артеріосклерозу аорты у человѣка, на intim'ѣ получались твердыя бляшки.

---

27 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Ѳ. А. Бируля.

А. Я. Унгеръ: Къ вопросу объ эластической ткани въ фиброміомахъ матки. Тотъ фактъ, что до недавняго времени почти всѣ изслѣдователи отрицали участіе эластическихъ волоконъ въ структурѣ фиброміомъ, докладчица объясняетъ несовершенствомъ практиковавшагося способа окрашиванія. Пользуясь всѣми способами окраски, какъ по Langesen'у, Weigert'у и желѣзнымъ гематоксилиномъ, она получила демонстрированные препараты. Ясно, что эпителіальная ткань есть интенсивная составная часть фиброміомы матки; встрѣчаясь во всѣхъ опухоляхъ какъ срединныхъ, такъ и периферическихъ, она носитъ несомнѣнно новообразовательный характеръ. Эластическая ткань опухоли распространяется по соединительнотканнымъ прослойкамъ и количество ея вполнѣ зависитъ отъ количества соединительной ткани. Распространеніе атипичное въ зависимости отъ условій питанія. Въ процессѣ распаденія опухоли эластическая ткань принимаетъ участіе, но она болѣе стойка.

Въ преніяхъ принимали участіе Шусниковъ, Соболевъ и проф. Бируля.

М. М. Шульгинъ: Рѣдкій случай множественныхъ врожденныхъ опухолей у ребенка. Случаевъ сочетанія врожденныхъ опухолей въ мозгу, сердцѣ и почкахъ въ литературѣ извѣстно только 6. Докладчику пришлось вскрывать ребенка 7 дней, причемъ онъ нашелъ опухоль въ мозгу, представляющую, согласно демонстрированнымъ препаратамъ, и макроскопически и микроскопически склерому, опухоль въ сердцѣ—рабдоміому и опухоль въ почкѣ—нефрому. Въ другомъ случаѣ у идіота въ мозгу найдены 40 склеротическихъ очаговъ, а въ сердцѣ на передней стѣнкѣ лѣваго желудочка плоская бляшка—рабдоміома.

Соболевъ указалъ на желательность изслѣдованія His'овскаго пучка, построеннаго изъ элементовъ, сходныхъ съ тѣми, на которые указываетъ докладчикъ. Въ мозгу было бы интересно прослѣдить морфологическія свойства нервныхъ элементовъ, можетъ быть это клѣтки Cajal'я, встрѣчающіяся въ извѣстной стадіи развитія мозга, въ нихъ нѣтъ Hissl'евской зернистости. Названіе нефромы для новообразованія въ почкѣ считаетъ неудачнымъ, а тутъ имѣется дѣло съ порокомъ развитія, который интересно было бы сравнить съ нормальными стадіями развитія почки. Проф. Моисеевъ думаетъ, что если бы организмъ ребенка продолжалъ жить, то

изъ того, что имѣется въ почкѣ, образовалась бы киста. Шляттеръ не понимаетъ объясненія докладчика, что опухоль въ сердцѣ произошла изъ міобластовъ, когда міобласты не суть клѣтки. Если же опухоль мышечная, то для ясности картины, ее нужно было окрасить желѣзнымъ гематоксилиномъ. Бируля тоже находитъ, что нужно было примѣнить всѣ способы окраски, въ почкѣ картина напоминаетъ кистовидное перерожденіе.

Э. Н. Винтелеръ: Случай дермоида мозжечка. Докладчикъ приводитъ исторію болѣзни больного, у котораго при жизни діагносцировано мозговое новообразованіе; при вскрытіи въ мозжечкѣ найдена опухоль величиной въ грецкій орѣхъ, плотная, желтоватаго цвѣта, покрытая нѣсколькими короткими волосами, что даетъ право отнести ее къ типу дермоидовъ. Такъ какъ при вскрытіи выдѣлилась краснобурая жидкость, то нужно думать, что имѣлось дѣло съ кистой.

Нѣсколько замѣчаній сдѣлалъ Бируля.

Секція III. Физіологія, физіологическая химія, общая патологія, фармакологія и фармація.

22 числа (утромъ).

Засѣданіе было открыто проф. В. И. Вартановымъ, который въ своей привѣтственной рѣчи охарактеризовалъ значеніе теоретическихъ секцій на Пироговскихъ съѣздахъ. Необходимость объединенія въ послѣднее время сильно чувствуется среди физіологовъ и даже вылилась въ форму созданія физіологическаго общества въ память И. М. Сѣченова. Въ заключеніе проф. Вартановъ предложилъ почтить память умершихъ за межсъѣздный періодъ И. М. Сѣченова и Р. И. Тарханова вставаніемъ. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. И. А. Чуевскій (Кіевъ), почетнымъ секретаремъ Е. Т. Юрьева.

В. Н. Болдыревъ и студ. Писемскій: О вліяніи аппарата щитовидныхъ железъ на теплорегуляцію у собакъ. Животныя (собаки) послѣ удаленія у нихъ аппарата щитовидныхъ железъ (gl. thyroidea и parathyroidea) теряютъ способность регулировать свой теплообмѣнъ. Поэтому при погруженіи ихъ въ теплую ванну и даже при содержаніи ихъ въ тепломъ помѣщеніи температура ихъ тѣла рѣзко повышается, пульсъ дѣлается чаще, а число дыханій становится почти несосчитываемымъ. Параллельно съ этимъ развиваются судороги тѣла. Охлаждая такое животное, можно очень скоро улучшить состояніе. Явленія перегрѣванія тѣла наблюдаются также и послѣ усиленной мышечной работы. Подобные же опыты можно было сдѣлать и на кошкахъ. Докладъ сопровождался рядомъ цифръ, иллюстрирующихъ данныя автора.

Въ преніяхъ по этому вопросу участвовали проф. Лихачевъ, Кравковъ и Введенскій, которые указывали на то, что авторы мало освѣтили вопросъ съ литературной точки и мало оттѣнили нѣкоторыя детали въ явленіи разстройства теплорегуляціи.

П. А. Глаголевъ: Къ вопросу о регенераціи бѣлка въ слизистой оболочкѣ желудка. Докладчикъ производитъ опредѣленіе количества альбумозъ и свертывающихся жаромъ бѣлковъ въ слизистой оболочкѣ желудка собакъ, находившихся при самыхъ различныхъ

условіяхъ питанія. Количество альбумозъ оказалось весьма измѣнчивымъ и даже скорѣе увеличивается при стояніи слизистой оболочки въ термостатѣ при 40°. Это увеличеніе количества альбумозъ можетъ быть отнесено на процессы аутолиза въ самой слизистой оболочкѣ. Мнѣніе Гофмейстера, что въ слизистой оболочкѣ желудка происходитъ регенерація бѣлка изъ альбумозъ, на основаніи приведенныхъ опытовъ, совершенно не подтверждается.

Въ преніяхъ участвовали Граменицкій, указавшій на то, что для изученія процесса аутолиза лучше было бы больше варіировать температуру, и проф. Введенскій, отмѣтившій нѣкоторые мелкіе недосмотры со стороны докладчика.

Проф. Кравковъ отмѣтилъ, что въ этой области имѣются еще работы Faust'a относительно токсиновъ изъ taenia; вѣроятно, глистные яды вообще вредно вліяютъ на кровяную ткань.

С. Г. Якушевичъ: Къ вопросу объ искусственно вызываемой эозинофиліи. Впрыскиваніемъ содержимаго кисты эхинококка морскимъ свинкамъ удается вызвать экспериментально эозинофилію. Впрыскиванія содержимаго кисты въ вены вызываетъ быстро смерть животныхъ, причемъ въ крови появляется пойкилоцитозъ, полихроматофилія и довольно много ядерныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. При впрыскиваніи подъ кожу получается уменьшеніе кровяного пигмента, увеличеніе лейкоцитовъ и появленіе эозинофиловъ. Кромѣ послѣднихъ появляется еще немного лейкоцитовъ съ начинающейся эозинофильной зернистостью, много большихъ лейкоцитовъ. Наибольшимъ дѣйствіемъ обладаетъ слой около внутренней стѣнки, гдѣ находятся scolex'ы. Ядъ, дѣйствующій на кровеносную систему, растворимъ въ водѣ и потому, вѣроятно, можетъ всасываться изъ глисты въ кровь и вызывать эозинофилію. Авторъ доклада далъ и довольно обстоятельный литературный обзоръ объ эозинофиліи. Изъ сопоставленія данныхъ литературы и собственныхъ наблюденій автора ясно, что эозинофилія можетъ служить цѣннымъ указаніемъ на возможность глистнаго заболѣванія (трихинозъ, эхинококкъ), но не должно быть обязательнымъ.

Проф. С. С. Салазкинъ сдѣлалъ собранію сообщеніе относительно учрежденія общества физіологовъ имени И. М. Сѣченова, которое постаралось бы объединить физіологовъ, понимая физіологію въ широкомъ смыслѣ этого слова, и устраивало бы періодическіе съѣзды. Предварительный опросъ профессоровъ различныхъ высшихъ медицинскихъ учрежденій показалъ, что большинство сочувствуетъ этой идеѣ. Одновременно высказывается мысль объ основаніи русскаго физіологическаго журнала на иностранномъ языкѣ.

Послѣ обмѣна мнѣній секція пришла къ слѣдующему: 1) слѣдуетъ, отмежевавшись отъ морфологическихъ наукъ, объединить на будущихъ съѣздахъ представителей экспериментальной біологіи; 2) созвать въ ближайшемъ будущемъ учредительный съѣздъ русскихъ физіологовъ, на которомъ и рѣшить вопросы: объ организаціи періодическихъ съѣздовъ русскихъ физіологовъ въ память И. М. Сѣченова и объ изданіи журнала русскихъ физіологовъ на иностранномъ языкѣ.

25 апрѣля (днемъ).
(Дополнительное).

Почетнымъ предсѣдателемъ былъ предложенъ Г. П. Шатерниковъ, почетнымъ секретаремъ — Б. И. Словцовъ.

Н. О. Зиберъ: Вліяніе алкоголя на химизмъ клѣтки. Отравляя собакъ различными дозами этиловаго спирта, авторъ убивалъ ихъ спустя болѣе или менѣе долгій промежутокъ времени кровопусканіемъ и изслѣдовалъ органы на содержаніе лецитина и всего фосфора. Лецитинъ опредѣлялся непосредственно вѣсовымъ путемъ, а весь фосфоръ по способу Neumann'а. Въ результатѣ оказалось, что при хроническомъ отравленіи спиртомъ получается замѣтное уменьшеніе лецитиновъ во всѣхъ органахъ. Оно особенно замѣтно въ мозгу, печени и въ слизистой оболочкѣ желудка. Одновременно уменьшается и общее количество фосфора. На основаніи этого матеріала, часть котораго была иллюстрирована таблицами, можно сдѣлать выводъ, что продолжительное употребленіе алкоголя сильно вліяетъ на уменьшеніе липоидовъ.

Въ преніяхъ по поводу этого доклада участвовали проф. Вериго, Кравковъ и Блаубергъ, причемъ обращалось вниманіе на то, что желательно было бы одновременно съ опредѣленіемъ фосфора изучить распредѣленіе азота, быть можетъ и газообмѣна. Кромѣ того были высказаны сомнѣнія въ томъ, что уменьшеніе липоидовъ типично именно для отравленія спиртомъ. Можетъ быть, и другіе яды дали бы подобную же картину.

Б. И. Словцовъ: Химическія измѣненія печени при фосфорномъ отравленіи. Отравляя собакъ подкожными впрыскиваніями насыщеннаго раствора желтаго фосфора въ оливковомъ маслѣ до полной смерти животнаго, докладчикъ вымывалъ кровь изъ печени Локовской жидкостью и подвергалъ ее какъ микроскопическому, такъ и химическому изслѣдованію. Для контроля служила печень здоровыхъ собакъ, также промытая по воротной венѣ Локовской жидкостью. На основаніи своего матеріала авторъ приходитъ къ выводу, что особенно характерна инфильтрація жиромъ и рѣзкое уменьшеніе бѣлковъ. Это распаденіе бѣлка идетъ главнымъ образомъ за счетъ такъ назыв. воднаго нуклеопротеида. Изслѣдованіе обезжиреннаго остатка печени на азотъ ксантиновыхъ тѣлъ, бѣлковый азотъ и фосфоръ и пентозы показываетъ, что нуклеиновая группа печеночной клѣтки, повидимому, остается измѣненной гораздо меньше, чѣмъ бѣлки, не содержащіе ея. При изученіи ферментности печени оказалось, что фосфорное отравленіе понижаетъ способность разлагать перекись водорода и увеличиваетъ амилолитическую его силу. Въ жирѣ печени наблюдается уменьшеніе количества лецитина, увеличеніе количества низшихъ жирныхъ кислотъ.

По поводу доклада проф. Блаубергъ просилъ разъясненій относительно методики и біологическаго смысла полученныхъ измѣненій.

Проф. М. Б. Блаубергъ: 1) О фальсификаціи галеновыхъ препаратовъ и о раціональной борьбѣ съ ними. 2) Научно-критическій анализъ Россійской фармакопеи и о необходимости обязательнаго комментарія къ ней. Въ этихъ докладахъ авторъ далъ обстоятельную картину современнаго аптечнаго дѣла.

На основаніи своего личнаго опыта докладчикъ категорически утверждаетъ, что такъ назыв. галеновые препараты чрезвычайно различны, смотря по мѣсту приготовленія и за отсутствіемъ точныхъ критеріумовъ для ихъ оцѣнки. То же относится и къ болѣе простымъ препаратамъ. Напр., въ ртутной мази бываетъ отъ 11 до 50% ртути, настойка опія содержала отъ 0,5 до 1,6% морфія, экстрактъ белладонны—отъ 0,1 до 1,25%. Причина этого лежитъ въ очень плохой подготовкѣ фармацевтовъ и въ томъ, что наша фармакопея совершенно не даетъ яснаго представленія о томъ, какіе препараты нужно считать дѣйствительными. Описаніе свойствъ препаратовъ сдѣлано крайне неясно и даетъ фармацевту возможность въ полномъ сознаніи своего права приготовлять лекарство и такъ, и иначе. Россійская фармакопея, какъ основной законъ о приготовленіи лекарственныхъ препаратовъ, далеко не на высотѣ положенія, и новыя ея изданія ничѣмъ не отличаются отъ прежнихъ. Является настоятельная потребность въ пересмотрѣ этой книги и одновременно въ разрѣшеніи вопроса объ образованіи фармацевтовъ.

Докладъ вызвалъ весьма оживленныя пренія, причемъ всѣ соглашались съ докладчикомъ и рѣшили выработать формулу общаго постановленія, которая будетъ редактирована на слѣдующемъ засѣданіи.

Н. А. Левина: **О вліяніи алкоголя различной концентраціи, вводимаго per os въ голодающій организмъ.** Собакамъ, поставленнымъ въ условія полнаго голоданія, вводился алкоголь въ видѣ 5% и 40% раствора въ теченіе нѣсколькихъ дней. Во время отравленія изслѣдовалось количество мочи и выведеніе ею алкоголя. Оказалось, что болѣе слабые растворы спирта вызывали выдѣленіе большого количества мочи. % содержаніе спирта въ мочѣ было болѣе или менѣе одинаково, но при меньшей крѣпости спирта организмъ выводитъ вонъ изъ организма большее его количество изъ введеннаго количества. Изслѣдованіе печени и почекъ показало значительное жировое перерожденіе органовъ, хотя провѣрочное химическое изслѣдованіе тѣхъ же органовъ на содержаніе жира (эфирнаго извлеченія) не дало такой разницы.

Въ преніяхъ участвовали Кравковъ, Зиберъ, Шустова, Лихачевъ и Блаубергъ, причемъ высказывалось желаніе расширить постановку опытовъ, хотя бы опредѣленіемъ нѣкоторыхъ составныхъ частей мочи.

---

27 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Н. Е. Введенскій.

И. С. Цытовичъ: **Ходъ желудочнаго пищеваренія при примѣненіи натуральнаго желудочнаго сока.** Въ виду интереса врачей къ употребленію желудочнаго сока и разнорѣчивости данныхъ, авторъ произвелъ рядъ наблюденій надъ отдѣленіемъ желудочнаго сока у собакъ съ маленькимъ желудкомъ по Haidenhain'у и Павлову при введеніи въ главный желудокъ желудочнаго сока. Оказалось, что натуральный желудочный сокъ уменьшаетъ отдѣленіе сока, но вмѣстѣ съ тѣмъ ускоряетъ ходъ желудочнаго пищеваренія. Большія дозы не такъ выгодны, какъ дробныя мелкія дозы (15,0—25,0 гр.). Желудочный

сокъ являются прекраснымъ подспорьемъ работѣ желудка, представляя истинный физiологическiй, такъ сказать, лечебный препаратъ, который по своему дѣйствiю превосходитъ всѣ другiе извѣстные stomachica, влiющiе по преимуществу на фазу психическаго сока. Судя по закономѣрности дѣйствiя, выясняется, что цѣлесообразнѣе всего назначать желудочные соки во время самаго прiема пищи, а не передъ нею.

Въ пренiяхъ принимали участiе проф. Введенскiй, проф. Пржибытекъ и Граменицкiй.

В. В. Николаевъ: Къ вопросу о влiянiи бромистаго натрiя на кровообращенiе. Докладчикъ сообщилъ о своихъ опытахъ надъ фотографированiемъ глазного дна животныхъ (кошекъ) подъ влiянiемъ отравленiя различными ядами (напр. амилнитритомъ) и демонстрировалъ фотограммы. Въ настоящiй моментъ имъ закончены опыты надъ влiянiемъ iодистаго натрiя на сосуды сѣтчатки. При введенiи этого вещества въ вены замѣчается временное съуженiе сосудовъ. Поэтому можно предполагать, что при мигреняхъ на почвѣ расширенiя сосудовъ головы iодистый натрiй могъ бы оказаться полезнымъ. Кромѣ этого, полученный результатъ можетъ имѣть и теоретическiй интересъ, показывая, что соли iодистаго натрiя могутъ влiять на сосуды.

Въ пренiяхъ участвовали проф. М. Б. Блаубергъ и Н. Е. Введенскiй, касавшiеся нѣкоторыхъ деталей методики и постановки опытовъ.

Проф. М. Б. Блаубергъ повторилъ вкратцѣ сдѣланные имъ на предыдущемъ засѣданiи заявленiя относительно недостатковъ фармакологiи и непостоянства состава галеновыхъ препаратовъ и предложилъ вынести резолюцiю о томъ, что состоянiе современнаго фармацевтическаго дѣла въ Россiи неудовлетворительно и что желательно перенести вопросъ о немъ въ имѣющуюся создаться при Пироговскомъ Обществѣ коммиссiю по этому вопросу.

Въ пренiяхъ по этому поводу участвовалъ проф. Пржибытекъ, оправдывавшiй существующую редакцiю фармакопеи, говоря, что она не уступаетъ заграничнымъ образцамъ и утверждая, что въ новомъ изданiи будутъ внесены измѣненiя соотвѣтственно составившемуся международному соглашенiю относительно единства приготовленiя сильно дѣйствующихъ средствъ. Профф. Гинсбургъ и Залѣсскiй поддерживали докладчика, и въ результатѣ послѣ оживленнаго обмѣна мнѣнiй принята резолюцiя: Имѣя въ виду то несомнѣнно важное значенiе, которое имѣетъ для цѣлей охраненiя народнаго здравiя подача рацiональной общедоступной и безплатной лекарственной помощи, секцiя передаетъ вопросъ о всестороннемъ разсмотрѣнiи всего фармацевтическаго вопроса въ имѣющую образоваться при Пироговскомъ Обществѣ коммиссiю для изысканiя вѣрныхъ путей къ возможно быстрому устраненiю существующихъ недочетовъ.

С. Г. Ковалевъ: Къ вопросу о стандардизацiи галеновыхъ препаратовъ. Докладчикъ отмѣчаетъ всю неудовлетворительность приготовленiя современныхъ галеновыхъ препаратовъ и полагаетъ, вмѣсто обычнаго настаиванiя даннаго лекарственнаго вещества по вѣсу на извѣстный объектъ жидкости, провѣрять полученный экстрактъ на содержанiе дѣйствующаго начала и соотвѣтственно полученному результату или упаривать, или разводить жидкость, подгоняя ее по силѣ дѣйствiя къ извѣстной нормѣ (стандардизируя ее). Для этой цѣли нужно поэтому выработать наилучшiе способы для опредѣленiя дѣйствующаго

начала, образовать международную коммиссію изъ врачей и фармацевтовъ для выработки общаго для всѣхъ странъ способа дозированія количества дѣйствующаго начала. Наконецъ, важно установить, какъ правило, чтобы на этикеткѣ галеноваго препарата отмѣчалось содержаніе дѣйствующаго начала. Кромѣ всего сказаннаго, необходимо также внести въ категорію сильно дѣйствующихъ средствъ цѣлый рядъ препаратовъ, которые пока еще не внесены въ списокъ лекарствъ, относительно состава которыхъ послѣдовало международное соглашеніе.

Въ преніяхъ участвовали профф. Блаубергъ, Залѣсскій, Введенскій и Пржибытекъ, выяснявшіе временами невозможность дозировать дѣйствующее начало и временами трудность остановиться на томъ или другомъ дѣйствующемъ началѣ какъ главномъ.

М. И. Ванандянъ: Желудочное сокоотдѣленіе при вливаніяхъ кофе. Вводя собакамъ черезъ фистулу экстрактъ кофе, можно было убѣдиться, что химически фаза отдѣленія желудочнаго сока въ отвѣтъ на вливаніе Либиховскаго экстракта сильно слабѣетъ. Это угнетающее дѣйствіе длится иногда 2—3 дня. При кофе большей крѣпости иногда наступаютъ рвоты. Вліяніе кофе особенно сильно на торможеніе выведенія кислоты и въ меньшей степени фермента.

Въ преніяхъ участвовали Блаубергъ, Цытовичъ, Залѣскій, Гинзбергъ, Вартановъ, Введенскій, Б. Н. Салтыковъ. Заключенія коммиссіи при Пироговскомъ Обществѣ для выработки мѣръ борьбы противъ фальсификаціи лекарственныхъ препаратовъ.

Въ цѣляхъ гарантировать извѣстнымъ научнымъ контролемъ доброкачественность лекарственныхъ продуктовъ, появляющихся на рынкѣ, слѣдуетъ, по мнѣнію коммиссіи, учредить центральную контрольную станцію, возложить на врачебное управленіе обязанность имѣть усиленный надзоръ за искорененіемъ фальсификатовъ изъ аптекъ и въ особенности аптекарскихъ магазиновъ, предоставить право контролировать аптеки, аптекарскіе магазины и оптовые склады лекарственныхъ веществъ различнымъ компетентнымъ учрежденіямъ общественныхъ организацій и выработать соотвѣтствующіе законы, устанавливающіе строгую отвѣтственность для всѣхъ, изобличенныхъ въ приготовленіи, продажѣ и отпускѣ фальсифицированныхъ лекарственныхъ средствъ.

Послѣ преній (профф. Блаубергъ, Залѣсскій, Введенскій, Цытовичъ, Гинзбергъ, Вартановъ, Фраерманъ, Юргенсъ, Глезеръ, Лейбензонъ и Салтыковъ) секція постановила принять положенія доклада коммиссіи къ свѣдѣнію.

Секція IV. Общая терапія, бальнеологія и физическіе методы леченія.

23 апрѣля (днемъ).

Собраніе открыто привѣтственнымъ словомъ проф. А. М. Левина. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. А. Лозинскій (Кеммернъ).

Е. Д. Курдюмовъ: Къ вопросу, возбужденному А. И. Кабатомъ, объ учрежденіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ высшей медицинской школы или Бальнеологическаго

Института. Горный Департаментъ предложилъ Обществу русскихъ врачей имени Н. И. Пирогова обсудить докладную записку т. с. А. И. Кабата о желательности учрежденія высшей медицинской школы или Бальнеологическаго Института въ Кисловодскѣ. Русское Бальнеологическое Общество въ Пятигорскѣ въ засѣданіе 29 іюля 1909 года обсуждало это предложеніе А. И. Кабата по порученію правленія Общества врачей въ память Н. И. Пирогова и пришло къ слѣдующимъ заключеніямъ: Россія еще слишкомъ бѣдна высшими учебными заведеніями, чтобы можно было позволить себѣ такую роскошь, какъ учрежденіе высшей медицинской школы на группѣ Кавказскихъ минеральныхъ водъ, но если объ этомъ уже думать, то наиболѣе подходящимъ мѣстомъ для такого учрежденія является Пятигорскъ, для нуждъ Кавказскихъ минеральныхъ водъ и отечественной бальнеологіи вообще желательно учрежденіе въ Пятигорскѣ такого института-клиники, который изучалъ бы мѣстныя воды какъ съ точки зрѣнія ихъ физико-химическихъ и бактеріологическихъ особенностей, такъ, въ особенности, со стороны ихъ клиническаго значенія. Въ Пятигорскѣ кстати уже имѣются такія лабораторіи, которыя могли бы быть использованы для будущаго бальнеологическаго института. Докладчикъ ходатайствуетъ поэтому передъ секціей о содѣйствіи скорѣйшему осуществленію этого пожеланія Русскаго Бальнеологическаго Общества на Кавказѣ путемъ принятія соотвѣтственнаго постановленія отъ имени XI Пироговскаго съѣзда для передачи таковаго въ министерство торговли и промышленности.

Бендерскій высказался за учрежденіе высшей бальнеологической медицинской школы въ какомъ-нибудь крупномъ центрѣ, а для нуждъ Кавказскихъ курортовъ достаточно расширить существующія тамъ лабораторіи. Желательно ввести и въ Россіи Studienreisen по курортамъ, какъ это уже давно организовано для врачей заграницей. Проф. Залѣсскій предложилъ поддержать предложеніе докладчика; что касается Studienreisen для врачей, то онъ, съ разрѣшенія председателя, передаетъ о сдѣланномъ ему французскимъ гидрологическимъ обществомъ предложеніи привлечь къ участію въ научныхъ экскурсіяхъ французскихъ врачей также и врачей русскихъ. По поводу заявленія докладчика о необходимости «хлопотать въ министерствѣ торговли и промышленности» одна изъ присутствующихъ женщинъ-врачей сказала, что обращеніе къ правительству съ какими бы то ни было ходатайствами противорѣчило бы духу и постановленіямъ прежнихъ Пироговскихъ съѣздовъ. Въ возникшихъ по этому поводу преніяхъ приняли участіе проф. Левинъ, проф. Залѣсскій, Лозинскій и докладчикъ. Рѣшено было не указывать въ резолюціи, какую оффиціальную дорогу ей предстоитъ пройти, а указать только на то, что XI Пироговскій съѣздъ долженъ постараться провести въ жизнь относящееся сюда постановленіе Русскаго Бальнеологическаго общества на Кавказѣ. Постановленіе принято въ слѣдующей формѣ: XI Пироговскій Съѣздъ, вполнѣ соглашаясь съ мнѣніемъ Русскаго Бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ, изложеннымъ въ докладѣ Е. Д. Курдюмова, призналъ необходимымъ, чтобы, одновременно съ реформою курортнаго управленія въ Россіи, въ первую очередь былъ осуществленъ экспериментальный клинико-бальнеологическій институтъ въ Пятигорскѣ,—для всесторонняго изученія водъ, грязей, вообще курортовъ и климатическихъ станцій Россіи и, главнымъ образомъ, Кавказа и Закавказья.

Ф. Ф. Гольцингеръ: Принципы дыхательной гимнастики. Легкія даютъ наибольшее число заболѣваній, а между тѣмъ это органъ

наименѣе упражняемый и укрѣпляемый. По статистикѣ русскихъ и заграничныхъ страховыхъ обществъ видно, что болѣзни легкихъ составляютъ 24—30% всѣхъ заболѣваній. Причина, по мнѣнію докладчика, въ томъ, что культурный человѣкъ разучился правильно дышать и рѣдко упражняетъ свои легкія. Нормальный типъ дыханія — дыханіе носовое. При носовомъ дыханіи уменьшается частота его, а объемъ каждаго вдоха полнѣе. Tiegerstädt и Bohr указываютъ, что замедленное и удлиненное дыханіе—самое правильное; Siebeck, что произвольное углубленное дыханіе не имѣетъ такого значенія, какъ непроизвольное. А послѣднее достигается какъ при носовомъ дыханіи, такъ и соотвѣтственными физическими упражненіями. На этомъ основаніи докладчикъ горячо рекомендуетъ пріучаться и пріучать къ носовому дыханію и хотя бы въ цѣляхъ дыхательной гимнастики заниматься мышечно-физической работой.

Въ преніяхъ приняли участіе Бендерскій, Бомгольцъ, Золотницкій, Янушевичъ, Ситниковъ и проф. Штанге. Бомгольцъ указалъ на связь между болѣзнями легкихъ и болѣзнями обмѣна веществъ (повышеніе коэффиціента Ziemssen'a). Золотницкій говорилъ о необходимости учить дѣтей въ среднихъ и низшихъ школахъ правильно дышать и упражнять свои легкія. Проф. Штанге указалъ, что дыхательная гимнастика имѣетъ громадное значеніе, но надо пользоваться ею съ осторожностью. Необходимо упражнять легкія на чистомъ воздухѣ, лучше всего зимою на каткѣ или снѣжномъ полѣ, лѣтомъ на рѣкѣ, гдѣ совершенно нѣтъ пыли.

Проф. В. А. Штанге: О грязелеченіи въ Сакахъ. Поразительные результаты, получаемые отъ леченія Сакскими грязями, которыя помогаютъ не только отъ тяжелаго суставного ревматизма, но даже отъ костнаго туберкулеза, заставили докладчика заняться изученіемъ этихъ грязей. При этомъ сдѣлано было слѣдующее весьма интересное наблюденіе. Солнечный лучъ, не проходящій обычно черезъ черную бумажку, проходитъ черезъ слой грязи толщиной въ 1 стм. Этотъ фактъ былъ отмѣченъ д-ромъ Бавли въ его опытахъ съ Сакской грязью въ Сакахъ же, а затѣмъ это подтвердилось экспериментами, произведенными д-ромъ Л. Вейнгеровымъ въ физической лабораторіи Петербургскаго университета. Такимъ образомъ грязевыя ванны въ Сакахъ—въ то же время и солнечныя ванны, но солнечные лучи, проходя черезъ грязь, преломляются и, можетъ быть, еще поэтому оказываютъ особое вліяніе. Грязь—коллоидное вещество, не диффундирующее съ водой. Сакская грязь чернѣе фанго (грязи изъ Средиземнаго моря). При изслѣдованіи особо чувствительными микроскопами можно убѣдиться, что этотъ коллоидъ состоитъ изъ необычайно мелкихъ частицъ—микромикроновъ. Между этими микро-микронами имѣются свободные промежутки, черезъ которые могутъ пройти химическіе солнечные лучи, величина которыхъ измѣряется дробными долями микроновъ. При дальнѣйшемъ раздробленіи грязи наблюдается Brown'овское движеніе.

Бавли и Вейнгеровъ описали произведенные ими опыты и демонстрировали свѣточувствительную бумагу, которая отражала на себѣ солнечные лучи въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ лежала грязь, а подъ черной бумажкой она оставалась неизмѣненной. Бавли замѣтилъ, что эта реакція получалась въ Сакахъ по утрамъ до 11 часовъ гораздо скорѣе, чѣмъ послѣ полудня. Очевидно, въ лучахъ утренняго крымскаго солнца гораздо больше фіолетовыхъ лучей, чѣмъ въ полуденномъ и

позже. Грязь, оставаясь долго на солнцѣ, теряетъ свое свойство пропускать лучи, но, смоченная рапой, вновь получаетъ эту способность. Хайкисъ указываетъ на неясность отвѣта на вопросъ, въ чемъ же сила необычайно благопріятнаго дѣйствія Сакскихъ грязей? Терапевтическаго эффекта нельзя приписывать и солнечнымъ лучамъ, потому что солнечныя ванны всякихъ видовъ далеко не оказываютъ такого дѣйствія. Здѣсь надо подумать о радіоактивности этихъ грязей и достигнутые терапевтическіе успѣхи, быть можетъ, объясняются именно этой радіоактивностью. Проф. Залѣсскій высказываетъ еще предположеніе, что и прохожденіе свѣта черезъ Сакскую грязь объясняется дѣйствіемъ эманаціи радія. Бавли замѣтилъ, что радіоактивность Сакской грязи меньше радіоактивности фанго (0,4) и не объясняетъ ся отношенія къ солнечнымъ лучамъ.

Въ такомъ же духѣ высказываются Вейнгеровъ, Скловскій.

А. А. Лозинскій: Курорты и алкоголь. На курортахъ легче, чѣмъ гдѣ бы то ни было, отвыкнуть отъ алкоголя. Если вредъ алкоголя еще чѣмъ-нибудь затушевывается въ обычной обстановкѣ, то кутежи и оргіи на курортахъ, куда люди пріѣзжаютъ для поправленія своего здоровья, особенно рѣжутъ глаза. На курортахъ люди мѣняютъ свой режимъ, придерживаются опредѣленной діэты, а потому должны и могутъ перестать пить. Внушеніе курортнаго врача должно быть поддерживаемо домашнимъ врачемъ больного и по его возвращеніи въ городъ, по крайней мѣрѣ, въ теченіе времени всего послѣдовательнаго леченія Nachkur. Этимъ будетъ положено прочное начало борьбѣ съ алкоголизмомъ со стороны врачей. На курортахъ слѣдовало бы запретить продажу спиртныхъ напитковъ бокъ о бокъ съ источниками и курзалами. Докладчикъ въ виду этого предлагаетъ принять резолюцію, согласно которой XI Пироговскій съѣздъ высказывается за недопустимость продажи спиртныхъ напитковъ на территоріи курортовъ и за продажу въ казенныхъ винныхъ лавкахъ Имперіи русскихъ минеральныхъ водъ. Послѣдняя половина резолюціи, говоритъ докладчикъ, взята изъ аналогичной резолюціи проф. Залѣсскаго, принятой Обществомъ охраненія народнаго здравія (бальнеологическое отдѣленіе).

Въ возникшихъ по поводу этой резолюціи оживленныхъ преніяхъ приняли участіе проф. Левинъ, проф. Залѣсскій, Лозинскій, Бендерскій, Золотницкій, Домашевичъ, Ситниковъ, Варпаева, Гольцингеръ и Менциковскій. Большинство ораторовъ высказывалось противъ принятія 2-й половины резолюціи, какъ не вытекающей изъ доклада и недостаточно мотивированной. Проф. Левинъ высказывался противъ всей резолюціи вообще, не вѣря въ ея практическую осуществимость при нашемъ современномъ питейно-финансовомъ строѣ. Бендерскій предложилъ хлопотать объ уменьшеніи числа винныхъ лавокъ на курортахъ. Обычно въ такихъ ходатайствахъ правительственныя сферы отказываютъ, но, быть можетъ, къ курортамъ отнесутся иначе. Варпаева предлагаетъ не употреблять вина даже въ медицинѣ.

Предсѣдатель, резюмируя пренія, предложилъ принять слѣдующее постановленіе: «X Пироговскій съѣздъ признаетъ недопустимымъ продажу спиртныхъ напитковъ на территоріи курортовъ и высказываетъ пожеланіе, чтобы русскіе курорты явились тѣмъ мѣстомъ, откуда будетъ начата систематическая борьба съ народнымъ пьянствомъ въ Россіи». Резолюція принята.

Общая терапія.

25 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. О. А. Чечотъ (Спб.).

М. О. Іогихесъ (Спб.): О леченіи электролизомъ сосудистыхъ опухолей. Электролизомъ можно пользоваться: a) для удаленія сосудистыхъ поверхностныхъ новообразованій на лицѣ (хирургическіе случаи лучше оперировать); b) на волосистой части головы; c) при ангіомахъ слизистыхъ оболочекъ (ротъ, vagina, anus); d) для выведенія глубоко лежащихъ опухолей, когда надо удалить чуть ли не цѣлый органъ, напр. губы.

Преимущества электролиза сводятся къ тому, что не нужно здѣсь прибѣгать къ пересадкѣ кожи, а рубцы образуются безъ сморщиванія и стягиванія, что, напр., при ангіомѣ вѣка очень важно. Передъ рентгеноскопіей, кварцевой лампой и даже радіемъ электролизъ имѣетъ то преимущество, что проникаетъ черезъ кожу.

Въ преніяхъ проф. Левинъ спросилъ о результатахъ охлажденія углекислотой. Докладчикъ на основаніи своихъ 12 случаевъ призналъ результаты хорошими.

Проф. Залѣсскій высказался, что можно пользоваться для леченія радіемъ, эманація котораго поддается дозировкѣ. Кромѣ того, въ преніяхъ принялъ участіе Маслаковецъ.

К. Л. Крестниковъ: Абасъ-Туманъ, какъ горная станція. Абасъ-Туманъ изученъ больше всѣхъ другихъ курортовъ, какъ въ метеорологическомъ, такъ и въ клиническомъ отношеніи. Средняя газовая $t^0 = +6,4^0$ C.; разница въ годовой t^0 не превышаетъ 0,6. Абасъ-Туманъ, какъ станція для туберкулезныхъ, имѣетъ даже преимущества передъ Davos'омъ, удовлетворяя всѣмъ требованіямъ, которыя могутъ быть предъявлены къ курортамъ горнымъ. Высота Абасъ-Тумана надъ уровнемъ моря—4178 ф.

Проф. Залѣсскій считаетъ неоспоримымъ достоинствомъ Абасъ-Тумана его прекрасные термальные источники; къ сожалѣнію, пока онъ весьма неблагодарный въ матеріальномъ отношеніи курортъ, и военное министерство хочетъ его передать министерству внутреннихъ дѣлъ, но послѣднее еще не хочетъ его взять. Неоспоримое достоинство Абасъ-Тумана—его прекрасные термальные источники. Лозинскій сожалѣетъ, что нѣтъ наглядныхъ картъ, по которымъ можно было бы судить о суточномъ колебаніи t^0, что очень важно для туберкулезныхъ. Проф. Левинъ полагаетъ, что, прежде чѣмъ предлагать устройство санаторіи для туберкулезныхъ въ Абасъ-Туманѣ, докладчикъ долженъ былъ бы собрать матеріалъ относительно вліянія этого курорта на такого рода больныхъ. Весьма возможно, что тамъ развивается горная анэмія.

Г. Гречишкинъ: Теберда, какъ горная климатическая станція. Теберда находится въ Кубанской области между 94 и 96 верстой на Сухумской дорогѣ, лежитъ въ ущельѣ, защищенномъ горами. Высота этой мѣстности — 4208 ф. надъ уровнемъ моря (Буграмъ — 2639, Абасъ-Туманъ — 4188 ф.). Климатъ Теберды мягче климата Абасъ-Тумана, гдѣ іюнь на 2^0 жарче, а январь на 3^0 холоднѣе. Сырости не замѣчаютъ. Тумановъ нѣтъ. Ясныхъ дней въ году 145 (въ Davos'ѣ—только 99); пасмурныхъ 80. Въ Тебердѣ имѣется свой Нарзанъ, такъ назыв. Магадскіе источники. Они содержатъ вдвое больше желѣза, чѣмъ Желѣзноводскіе источники. Въ Тебердѣ возможно леченіе солнечными лу-

чами, благодаря большому количеству теплыхъ дней и отраженному горами солнцу. Кавказская администрація рѣшила теперь устроить въ Тебердѣ курортъ, а такъ какъ земля и жизнь вообще очень дешевы, то здѣсь, по мнѣнію докладчика, удобно устраивать народныя санаторіи. Въ заключеніе докладчикъ предлагаетъ устроить въ Тебердѣ благотворительную санаторію, связанную съ именемъ XI Пироговскаго съѣзда.

Проф. Залѣсскій, лично знакомый съ этой мѣстностью, говоритъ, что онъ еще 13 лѣтъ тому назадъ указывалъ на необычайно благопріятныя условія ея для устройства курорта. Лозинскій предлагаетъ осторожно рѣшать такіе вопросы. Съ названной докладчикомъ мѣстностью надо еще основательно познакомиться. Имѣетъ-ли еще эта мѣстность право называться курортомъ, куда можно направлять больныхъ? Источники Теберды врядъ-ли могутъ строго-научно быть названы желѣзистыми. Крестниковъ считаетъ большимъ недостаткомъ Теберды ея огражденность горами съ юга, что вызоветъ горные бризы. Америковъ (Екатеринодаръ) говоритъ, что онъ на опытѣ убѣдился въ благопріятномъ вліяніи Теберды на легочныхъ больныхъ въ первомъ стадіи.

Секція принимаетъ предложеніе проф. Залѣсскаго обратиться въ Академію наукъ съ просьбой изслѣдовать Теберду, какъ мѣстность, предложенную для устройства курорта.

---

26 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. С. І. Залѣсскій (Спб.).

Э. Э. Карстенсъ: Химическій составъ Кавказскихъ минеральныхъ водъ по новѣйшимъ изслѣдованіямъ. По изслѣдованіямъ докладчика Эссентукскія воды слабо радіоактивны, Пятигорскія— въ средней степени, Желѣзноводскія въ сильной степени. Изъ Ильштинскихъ источниковъ, можетъ быть, удастся выдѣлить сильно радіактивное вещество, подобно добываемому теперь изъ Крейцнахской соли. Въ водѣ Нарзана преобладаютъ изъ аніоновъ гидрокарбонатные и сульфатные; изъ катіоновъ іоны кальція, въ значительной степени іоны магнія и натрія. Въ виду отсутствія щелочности Нарзанъ можетъ считаться сильно-углекислымъ землисто-горькимъ источникомъ. Въ обѣихъ группахъ коренныхъ Эссентукскихъ источниковъ преобладаютъ катіоны натрія и аніоны гидрокарбонатовъ и хлора. Это сильно-углекислые щелочно-соленые источники съ довольно значительнымъ содержаніемъ іода, брома и литія. Въ Желѣзноводскихъ водахъ преобладаютъ катіоны натрія и кальція и аніоны гидрокарбонатные и сульфатные; высокая t^0; довольно много свободной углекислоты; могутъ быть причислены къ щелочно-глауберово-известковымъ термамъ. Въ Пятигорскихъ источникахъ преобладаютъ какъ катіоны натрія и кальція, такъ и аніоны хлора, сульфатные, гидрокарбонатные; свыше 1 грм. свободной CO_2 на 1 литръ воды; t^0 высокая; на основаніи всѣхъ своихъ качествъ эти воды могутъ быть причислены къ углекисло-водороднымъ солено глауберово-землистымъ термамъ съ относительно значительнымъ содержаніемъ брома.

Проф. Залѣсскій считаетъ докладъ цѣннымъ вкладомъ въ науку и предлагаетъ секціи постановить, чтобы этотъ трудъ былъ цѣликомъ напечатанъ въ «Трудахъ XI Пироговскаго Съѣзда». Предложеніе это принято, равно какъ и сдѣланное затѣмъ предложеніе проф. Штанге хлопотать о томъ, чтобы эта работа была немедленно напечатана Управленіемъ минеральныхъ водъ на Кавказѣ.

С. И. Исаевъ: Объ организаціи русскихъ курортовъ. Докладчикъ возражаетъ противъ нападокъ на казенное управленіе курортами и считаетъ, наоборотъ, что именно казенное управленіе улучшаетъ курорты, и многіе изъ нихъ вернули даже тѣ средства, которыя были затрачены на нихъ. Существующіе дефекты въ большинствѣ такого характера (отсутствіе хорошаго каптажа, хорошо выработанныхъ общесанитарныхъ правилъ, благоустроенныхъ водолечебницъ etc.), что можно во многомъ обвинить и мѣстное курортное правленіе. Большимъ недостаткомъ является именно отсутствіе у насъ хорошо подготовленныхъ директоровъ курортовъ. Изъ-за нихъ, можетъ быть, и продолжаютъ приносить убытки нѣкоторые курорты, какъ, напр., Липецкъ, который обошелся казнѣ уже въ 340 тыс. рублей и все еще пользуется субсидіей. Передача курортовъ общественному самоуправленію или земству не улучшитъ дѣла. Раціональнѣе всего было бы выдѣлить курортное управленіе изъ перегруженнаго дѣломъ м-ва торговли и промышленности въ м-во внутреннихъ дѣлъ. Въ этомъ смыслѣ докладчикъ и предлагаетъ секціи вынести постановленіе.

Лозинскій (Кеммернъ), протестуя противъ заявленія докладчика, будто въ Кеммернѣ распродается участками казенная земля, считаетъ страннымъ предложеніе докладчика Пироговскому съѣзду вынести резолюцію относительно передачи дѣла министерству внутреннихъ дѣлъ. Проф. Штанге (Спб.) не считаетъ, что курортъ долженъ быть доходной статьей. Курортъ это своего рода больница и выгоденъ уже тѣмъ, что ведетъ къ оздоровленію населенія. Хайкисъ (Спб.) указываетъ на необоснованность заявленія докладчика, будто передача дѣла изъ одного министерства въ другое улучшитъ дѣло; всякое мѣстное самоуправленіе лучше справится съ этой задачей, чѣмъ центральное правительственное учрежденіе. Ерузальскій (Одесса) указываетъ на необходимость ввести коллегіальное управленіе курортами, какъ это принято уже заграницей и что пытаются осуществить въ Одессѣ. Проф. Левинъ считаетъ, что коллегіальное управленіе съ рѣшающимъ голосомъ уже невозможно потому, что въ финансовыхъ дѣлахъ нуженъ единоличный представитель, какъ отвѣтственное лицо. Также было бы неудобно передать курорты мѣстнымъ самоуправленіямъ, потому что въ силу своей непосредственной убыточности они должны и могутъ быть только въ рукахъ государства. Проф. Гуревичъ указываетъ на удовлетворительные результаты, полученные при коллегіальномъ управленіи въ Цѣхоцинкѣ. Лозинскій сообщаетъ, что министерство уже выработало законопроектъ относительно курортовъ и въ проектъ входитъ уже и коллегіальное управленіе съ рѣшающимъ голосомъ.

Г. А. Горбуновъ (Шуя, Владим. губ.): Липецкъ, какъ курортъ. Докладчикъ, излагая исторію Липецка, какъ курорта, удивляется, что С. И. Исаевъ, бывшій директоръ Липецкихъ водъ, такъ восторженно отзывается о казенномъ управленіи курортами и хулилъ управленіе частное или общественное. Липецкъ доказываетъ своей исторіей совершенно другое. Этотъ издавна извѣстный курортъ до 56-хъ годовъ прошлаго столѣтія влачилъ жалкое существованіе. Затѣмъ курортъ попалъ въ руки частнаго акціонернаго общества, во главѣ котораго стояли и дѣйные хорошіе люди, и городъ расцвѣлъ. Съ переходомъ курорта къ городу дѣла его нѣсколько пошатнулись, но все-таки были удовлетворительны. Но вотъ курортъ очутился въ рукахъ казны и онъ начинаетъ окончательно падать. Въ концѣ-концовъ курортъ обошелся казнѣ въ 340 тыс. руб. и до сихъ поръ пользуется ежегоднымъ пособіемъ въ 12 тыс. руб.

Исаевъ заявляетъ, что Липецкъ уже приговоренъ къ гибели, такъ какъ онъ приноситъ казнѣ только убытки.

Г. А. Горбуновъ (Шуя, Владимірской губ.): Гагры, какъ климатическая станція. Гагры представляетъ собой прекрасный климатическій курортъ, особенно зимою. Жизнь тамъ дешевая (въ санаторіи можно жить на 55 руб. въ мѣсяцъ). Маларія сравнительно слабо распространена. Для лѣтняго курорта Гагры не подходитъ.

Ерузальскій (Одесса) отмѣчаетъ, что больные, посланные имъ въ Гагры, осенью, заболѣвали тамъ маларіей. При личномъ посѣщеніи этой мѣстности онъ нашелъ много маларійныхъ больныхъ. Опасность Гагръ въ смыслѣ маларіи подтверждаетъ проф. Залѣсскій.

Д-ръ Nagelschmidt: Термическое свойство токовъ высокаго напряженія (прочелъ д-ръ Шерваль). Докладчикъ останавливался главнымъ образомъ на термическомъ свойствѣ токовъ высокаго напряженія: вода закипаетъ, яйцо свертывается, тѣло нагрѣвается, въ зависимости отъ дозировки, до желаемой степени. Различно манипулируя этими токами, можно оказывать вліяніе на кровяное давленіе. Эмпирически доказанъ терапевтическій эффектъ этихъ токовъ при артеріосклерозѣ, аневризмѣ аорты, міокардитѣ, расширеніи сердца. Благодаря возбужденію железистыхъ выдѣленій, возбуждается и дѣятельность почекъ. Боли затихаютъ, сонъ улучшается. Подагрическія отложенія подъ вліяніемъ термическаго дѣйствія токовъ быстро исчезаютъ. Туберкулезныя измѣненія на кожѣ начинаютъ быстро заживать.

Ерузальскій, Баумгольцъ, Ситниковъ и проф. Гуревичъ ставили докладчику вопросы относительно причинъ терапевтическаго дѣйствія и отчасти метода примѣненія токовъ высокаго напряженія, на что д-ръ Шерваль отвѣтилъ, что приведенные авторомъ доклада факты пока установлены только эмпирически.

Бактеріологія и заразныя болѣзни человѣка и животныхъ.

22 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Б. Ф. Вериго (Одесса).

Проф. Д. К. Заболотный, В. И. Яковлевъ, С. И. Златогоровъ и Г. С. Кулеша: Къ діагностикѣ холернаго вибріона. Въ настоящее время всѣ согласны въ томъ, что при распознаваніи заболѣваній холерою невозможно обходиться безъ бактеріологическаго изслѣдованія. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ, несмотря на наличность многихъ обстоятельствъ, говорящихъ за холерную природу заболѣваній, не удается доказать этого бактеріологически. Это обстоятельство, имѣющее мѣсто и при другихъ заразныхъ болѣзняхъ, обусловливается не несовершенствомъ бактеріологической техники, а тѣмъ, что у такихъ больныхъ въ моментъ изслѣдованія холерные вибріоны находятся уже въ весьма скудномъ количествѣ или совсѣмъ уже исчезли. Въ части случаевъ опредѣлить холерную природу удается путемъ изслѣдованія крови на присутствіе специфическихъ антитѣлъ, въ другихъ—удается это, такъ сказать, окольнымъ путемъ, находя вибріоны у окружавшихъ больного лицъ. Отрицательные результаты бактеріологическаго изслѣдованія получаются какъ

въ тяжелыхъ, такъ и въ легкихъ случаяхъ. Къ этимъ отрицательнымъ результатамъ надо относиться осторожно, ибо неправильное толкованіе ихъ иногда ведетъ къ нежелательнымъ послѣдствіямъ.

Указавъ, что морфологическіе признаки, способность разжиженія желатины, образованія индола не даютъ никакой возможности отличать холернаго вибріона отъ многочисленныхъ на него похожихъ, докладчики останавливаются на тѣхъ біологическихъ свойствахъ холернаго вибріона, на которыхъ базируется современная его діагностика. Въ настоящее время холерными признаются лишь такіе вибріоны, которые обладаютъ способностями склеиваться специфическою холерною сывороткою при высокихъ степеняхъ ея разведенія и давать такъ назыв. феноменъ Pfeiffer'a. Феноменъ Pfeiffer'a по своей сложности и дороговизнѣ можетъ примѣняться только въ исключительныхъ случаяхъ, напр. для констатированія перваго заболѣванія, а потому и не примѣняется при массовыхъ изслѣдованіяхъ. При послѣднихъ исключительно пользуются агглютинаціею, какъ простымъ и вѣрнымъ способомъ. Тотъ вибріонъ, который агглютинируется, говоритъ Salimbeni, тотъ даетъ и феноменъ Pfeiffer'a и обратно. Дѣйствительно огромнѣйшая часть вибріоновъ, выдѣленныхъ какъ изъ испражненій людей, такъ и изъ воды и другихъ объектовъ, могла быть діагносцирована, какъ холерные при помощи агглютинаціи. Однако докладчики на основаніи своихъ изслѣдованій (21.962) приходятъ къ выводу, противорѣчащему установившимся воззрѣніямъ, что всѣ неагглютинированные вибріоны—не холерны. Они утверждаютъ, что холерные вибріоны въ нѣкоторыхъ случаяхъ теряютъ способность агглютинироваться специфическими сыворотками и потому не могутъ быть діагносцированы, какъ холерные. Первый указалъ на это важное обстоятельство С. И. Златогоровъ въ 1907 г. относительно вибріоновъ, выдѣленныхъ изъ р. Волги во время эпидеміи холеры въ Саратовѣ.

С. И. Златогорову и работавшей въ Городской Лабораторіи Л. М. Власовой-Горовицъ удалось доказать холерную природу не агглютинирующихъ вибріоновъ или путомъ перекрестной агглютинаціи, или воздѣйствіями различныхъ факторовъ удалось многихъ изъ нихъ превратить въ типичныхъ холерныхъ вибріоновъ. Большинство такихъ вибріоновъ возвратили свои утраченныя свойства только по прошествіи мѣсяцевъ. Власова-Горовицъ превратила часть такихъ вибріоновъ посредствомъ симбіоза вибріона съ оранжевою сарциною. Замѣтивъ, что если посѣять на косомъ агарѣ двумя параллельными чертами сарцину и холернаго вибріона, агглютинирующагося при высокихъ степеняхъ разведенія сыворотки, то по прошествіи 7—8 дней колоніи вибріона окрашиваются сначала въ фіолетовый, а потомъ въ буроватый цвѣтъ, она изслѣдовала біологическія свойства такихъ вибріоновъ послѣ совмѣстнаго въ теченіе мѣсяца сожитія съ сарциною и нашла, что при этомъ значительно повышается вирулентность вибріоновъ. Часть же не агглютинировавшихся возвращала послѣ этого всѣ свойства, присущія типическому холерному вибріону. Это обстоя-

тельство подтвердило старинное наблюденіе И. И. Мечникова о вліяніи сарцинъ на усиленіе вирулентности холернаго вибріона. Что же касается феномена Pfeiffer'a, то онъ часто не могъ быть примѣняемъ и потому, что вибріоны этой эпидеміи холеры отличались сравнительно малою вирулентностью въ отношеніи морскихъ свинокъ. Кромѣ того докладчики указываютъ, что для этого способа нужно пользоваться кроличьею, а не лошадиною сывороткою, какъ это и примѣняется теперь въ Германіи съ 1904 года. Относительно способности вызывать гемолизъ докладчики, въ противоположность утвержденіямъ Kraus'a, говорятъ, что почти всѣ свѣже-выдѣленные изъ испражненій больныхъ холерные вибріоны вызывали гемолизъ. При этомъ демонстрировались чашки Petri, съ засѣянными на агарѣ съ отмытыми кровяными шариками барана холерные вибріоны, вызвавшіе явленія гемолиза.

Гавриловъ (Самара), исходя изъ того, что слабые вибріоны можно сдѣлать вирулентными и наоборотъ, высказалъ предположеніе, не обусловливается-ли cholera nostras, этіологія которой до сихъ поръ не выяснена, именно ослабленными холерными вибріонами и не рождаются-ли холерныя эпидеміи безъ заноса извнѣ изъ cholera nostras при особыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ. Яковлевъ (С.-Петербургъ) указалъ, что никоимъ образомъ нельзя думать, будто всякій не холерный вибріонъ можно какимъ-нибудь путемъ превратить въ холерный. Такое предположеніе противорѣчитъ всѣмъ научнымъ даннымъ. На вопросъ Тушинскаго о значеніи среды Dieudonné для діагностики холерныхъ вибріоновъ Яковлевъ замѣтилъ, что пластинки Dieudonné отнюдь не въ состояніи замѣнить агарныя пластинки; послѣднія имѣютъ то преимущество, что онѣ свѣтлѣе, прозрачнѣе и потому даютъ возможность лучше разбираться въ деталяхъ. Съ другой стороны, пластинки Dieudonné не только темнѣе тѣхъ, но на нихъ хорошо развиваются кишечныя палочки и другія бактеріи, что мѣшаетъ отыскиванію холерныхъ вибріоновъ. При своихъ недостаткахъ среда Dieudonné не имѣетъ никакихъ преимуществъ передъ агарными пластинками. Далѣе докладчикъ на вопросъ того же оппонента указалъ, что посѣвы дѣлались прямо изъ испражненій на агаръ, причемъ нерѣдко получался положительный результатъ, въ то время, какъ пептонъ давалъ отрицательный результатъ. Крыжановскій совѣтуетъ для полученія феномена Pfeiffer'a держать морскихъ свинокъ въ неблагопріятныхъ условіяхъ жизни, чтобы понизить ихъ сопротивляемость вибріонамъ, которые въ такомъ случаѣ могутъ проявить болѣе высокую степень вирулентности. Бердниковъ не согласенъ съ мнѣніемъ докладчика относительно значенія среды Dieudonné: онъ считаетъ ее, напротивъ, очень полезной въ дѣлѣ распознаванія холерныхъ вибріоновъ, въ виду того, что среда эта, правда, темная, но вполнѣ прозрачная. Кедровскій считаетъ невозможнымъ говорить о чистой культурѣ холерныхъ вибріоновъ, указывая при этомъ, что даже въ предѣлахъ одной «чистой» культуры палочекъ проказы отдѣльные индивиды даютъ разноцвѣтныя разводки. Шидловъ (Тула) совѣтуетъ не забывать о желатинѣ, напоминая, что въ кишечникѣ вообще мало кислорода и бактеріи бываютъ вынуждены тамъ вести анаэробную жизнь. Этимъ, по его мнѣнію, обусловливается тотъ общеизвѣстный фактъ, что при обычныхъ способахъ изслѣдованія въ началѣ эпидеміи трудно, а иногда и вовсе не удается отыскать холерные вибріоны у завѣдомо холерныхъ больныхъ. Въ виду этого рекомендуется дѣлать посѣвы на желатинѣ, чтобы сохранить за холерными вибріонами возможность продолжать анаэробное существованіе. Рафесъ подчеркиваетъ, что разъ даже бактеріологи не всегда въ состояніи рѣшить вопросъ, то тѣмъ затруднительнѣе положеніе практическихъ врачей, не-спеціалистовъ по бактеріологіи, когда имъ приходится изслѣдовать воду и пр., причемъ отъ нихъ требуется категорическій отвѣтъ, отъ котораго зависитъ принятіе цѣлаго ряда важныхъ практическихъ мѣропріятій. Яковлевъ замѣтилъ, что все-таки въ 99,8% бактеріологическое изслѣдованіе даетъ точный и вѣрный отвѣтъ на вопросъ о характерѣ вибріоновъ, найденныхъ въ водѣ и въ испражненіяхъ подозрительныхъ больныхъ.

Г. А. Ивашенцовъ (Спб.): О леченіи холеры по даннымъ Обуховской больницы. Явная недостаточность результатовъ симпто-

матическаго леченія холеры еще разъ выдвинула на сцену въ минувшую эпидемію вопросъ о специфическомъ леченіи этой болѣзни. Специфическими средствами противъ холеры, по мнѣнію докладчика, оказались, съ одной стороны, обильныя вливанія физіологическаго раствора поваренной соли, а съ другой—сыворотка Шурупова.

Докладчикъ считаетъ достаточно твердо установленнымъ, что алгидный періодъ проходитъ подъ вліяніемъ солевыхъ вливаній. Другое дѣло—холерный тифоидъ. При немъ выступаетъ на сцену сыворотка Шурупова, которая не вліяетъ на теченіе алгиднаго періода, но хорошо помогаетъ именно при холерномъ тифоидѣ. Шуруповская сыворотка оказывается полезной при введеніи не въ вены, а именно подъ кожу. Къ сожалѣнію, она оставляетъ при этомъ инфильтраты на мѣстѣ впрыскиванія. О пользѣ указанныхъ специфическихъ методовъ леченія холеры можно судить по слѣдующимъ даннымъ: смертность отъ холеры въ алгидномъ періодѣ, безъ примѣненія солевыхъ вливаній, опредѣляется въ 62%. У д-ра Ерофѣевой (Петропавловская больница) эта смертность составляла 51%. Въ то же время, въ Обуховской больницѣ, гдѣ примѣнялись обильныя вливанія физіологическаго раствора поваренной соли, смертность отъ холеры въ алгидномъ періодѣ не превышала 16%. Съ другой стороны, смертность въ тифоидѣ упала при леченіи сывороткой Шурупова съ 57% до 46%. При комбинированномъ леченіи солевыми вливаніями (въ алгидномъ періодѣ) и сывороткой Шурупова (при тифоидѣ) ни одинъ изъ 38 случаевъ не имѣлъ неблагопріятнаго исхода. Показателемъ благотворнаго вліянія указаннаго леченія на исходъ болѣзни можетъ служить еще и то обстоятельство, что въ то время какъ въ началѣ послѣдней эпидеміи смертность отъ холеры въ Обуховской больницѣ была даже нѣсколько выше общегородской, съ введеніемъ въ Обуховской больницѣ названнаго леченія вливаніями физіологическаго раствора поваренной соли и сыворотки смертность въ ней отъ холеры сильно пала (до 30%) и до конца эпидеміи оставалась болѣе низкой, въ сравненіи съ общегородской (44%). На основаніи наблюденій, сдѣланныхъ надъ 699 больными, можно утверждать, что солевыя вливанія спасаютъ 50 изъ 100 алгидныхъ больныхъ, но они не избавляютъ ихъ отъ тифоида, который уже нужно лечить сывороткой, по 20 куб. стм. заразъ, всего до 350 куб. стм. (вмѣсто прежнихъ 470).

Коршъ указалъ, что цифры докладчика недостаточно велики и несовсѣмъ убѣдительны. Противъ солевыхъ вливаній никто, конечно, спорить не станетъ, ибо польза отъ нихъ очевидна, но сыворотка пока еще ничего утѣшительнаго не дала. Гавриловъ обратилъ вниманіе на то, что при оцѣнкѣ результатовъ, полученныхъ въ разныхъ больницахъ (Обуховская и Александровская), нельзя не считаться съ разнообразіемъ ихъ матеріаловъ. Кромѣ того, не надо забывать, что разные способы леченія относятся къ различнымъ періодамъ эпидеміи, а, какъ извѣстно, смертность отъ холеры падаетъ съ теченіемъ эпидеміи и помимо леченія. Констансовъ замѣчаетъ, что примѣненіе сыворотки при холерномъ тифоидѣ не обосновано, разъ при этомъ имѣется дѣло уже съ новой инфекціей. Кулеша указываетъ, что на холерный тифоидъ отнюдь нельзя смотрѣть какъ на результатъ новой инфекціи. Алгидъ и тифоидъ представляютъ не что иное, какъ различные стадіи одного и того же процесса, вызваннаго зараженіемъ

организма холерными вибріонами. Златогоровъ не видитъ достаточнаго основанія, въ силу котораго слѣдовало бы вводить сыворотку именно подъ кожу, а не въ вены, и высказываетъ сожалѣніе объ отсутствіи параллельныхъ наблюденій. Бердниковъ подтверждаетъ, что сыворотка полезна при тифоидѣ, и вмѣстѣ съ тѣмъ разъясняетъ, что по недоразумѣнію оппоненты все время говорили о холерномъ тифоидѣ, какъ о врачебной инфекціи, тогда какъ на дѣлѣ это только вторичная интоксикація (эндотоксиномъ). Проф. Чистовичъ приписываетъ реактивный періодъ не холернымъ эндотоксинамъ, а тѣмъ глубокимъ измѣненіямъ, которыя происходятъ въ разныхъ органахъ. Проф. Вериго недоумѣваетъ, почему въ алгидномъ періодѣ сыворотка не помогаетъ, а при тифоидѣ, зависящемъ отъ измѣненій въ органахъ на почвѣ той же интоксикаціи, сыворотка уже помогаетъ. Алгидъ происходитъ вслѣдствіе интоксикаціи холернымъ токсиномъ. Сыворотка должна уничтожать ядъ. Но либо сыворотка содержитъ мало антитоксина, либо онъ не въ состояніи уничтожить другіе яды. Сыворотка, впрыснутая рано, оказываетъ свое полезное дѣйствіе не въ алгидномъ періодѣ, а лишь впослѣдствіи—съ наступленіемъ холернаго тифоида. Возможно, что сыворотка, впрыснутая во время холернаго тифоида, оказалась бы даже вредной. Проф. Заболотный указываетъ на отсутствіе доказательствъ, что данная сыворотка антиэндотоксична; она и не антитоксична, ибо она не дѣйствуетъ въ 1-мъ періодѣ. Житковъ считаетъ паденіе смертности въ Обуховской больницѣ не случайнымъ явленіемъ; паденіе это значительно и совпадаетъ съ введеніемъ указаннаго метода леченія.

Проф. Н. Я. Чистовичъ: Объ антифагинахъ. Докладъ представляетъ краткую сводку работъ, произведенныхъ въ этомъ направленіи въ лабораторіи докладчика. Явленія фагоцитоза объясняли различно. Докладчикъ, вмѣстѣ съ Юревичемъ, констатировалъ, что диплококки начинаютъ фагоцитироваться послѣ промывки, причемъ удаляются вещества, препятствующія фагоцитозу и названныя поэтому антифагинами. То же бываетъ и при работѣ съ холерными вибріонами. Антифагины не ядовиты, не вызываютъ рѣзкихъ измѣненій въ организмѣ и выдерживаютъ кипяченіе, длящееся даже 20 мин. Этими антифагинами можно воспользоваться для иммунизаціи. Какъ показалъ Игуменовъ, у иммунизируемыхъ животныхъ не получается фагоцитоза (по Wrigth'у), но послѣдній наступаетъ при отмывкѣ антифагиновъ, которые мѣшаютъ опсонинамъ. У вирулентныхъ вибріоновъ также существуютъ антифагины; это доказалъ Шмидтъ.

Проф. Вериго спросилъ докладчика, не пробовалъ ли онъ антифагины на хемотаксисъ; на что докладчикъ замѣтилъ, что въ чистомъ видѣ антифагиновъ получить не удалось.

Л. И. Брюлова: Къ вопросу о проходимости кишечныхъ стѣнокъ для холерныхъ вибріоновъ. Многочисленныя и тщательныя изслѣдованія, произведенныя докладчицей въ минувшую холерную эпидемію на матеріалѣ больницы св. Маріи Магдалины, показали съ очевидностью, что холерные вибріоны проникаютъ черезъ кишечныя стѣнки, вызывая вибріонэмію (на-подобіе септицэміи). Холерные вибріоны встрѣчались во всѣхъ органахъ; особенно часто они попадались въ печени и желчномъ пузырѣ; это имѣло мѣсто даже въ такихъ случаяхъ, когда восходящая инфекція пузыря изъ кишечника исключалась, вслѣдствіе непроходимости желчныхъ протоковъ. Относительно такихъ случаевъ остается только допустить, что вибріоны проникли съ кровью воротной вены въ печень, а отсюда затѣмъ перешли въ желчный пузырь. Что переходъ вибріоновъ черезъ кишечныя стѣнки совершался именно при жизни, а не post mortem, — это видно еще изъ того, что въ мѣстахъ нахожденія вибріоновъ наблюдались характерныя патолого-анатомическія измѣненія прижиз-

неннаго происхожденія. Наконецъ изслѣдованіями докладчицы, констатировавшей въ одномъ гнойникѣ чистую культуру холерныхъ вибріоновъ, установленъ еще одинъ фактъ, а именно, что холерные вибріоны обладаютъ гноеродными свойствами.

За позднимъ временемъ пренія по этому докладу отложены до слѣдующаго засѣданія.

---

23 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Н. М. Берестневъ, товарищемъ предсѣдателя—Н. К. Шульцъ.

С. К. Дзержговскій: Къ вопросу объ активной иммунизаціи человѣка къ дифтеріи. Теперь, когда доказано, что для активной иммунизаціи достаточны минимальныя дозы токсина, что онъ можетъ быть введенъ въ организмъ путемъ смазки слизистыхъ оболочекъ рта и носа и даже путемъ ингаляціи, моментъ благопріятный, чтобы этимъ вопросомъ заняться врачамъ-практикамъ. Докладчикъ дѣлалъ опыты на себѣ, ингаляціи—все усиливая концентрацію жидкости и введеніе тампона, смазаннаго токсиномъ, въ носъ. Опытъ длился 10 дней. Ни общей, ни мѣстной реакціи не получилось. Выводы: 1) методъ леченія удобенъ; 2) не требуется вмѣшательства врача; 3) иммунизацію можно вести продолжительное время; 4) этотъ способъ обезпечиваетъ максимальный эффектъ воздѣйствія токсина; 5) продолжительность иммунитета длится годы, даже десятокъ лѣтъ; 6) антитоксинъ въ организмѣ, послѣ активной иммунизаціи, проявляется именно въ моментъ нужный для борьбы съ встрѣтившимся дифтеритнымъ ядомъ, т. е. внутри организма какъ бы существуетъ постоянный врагъ. Активная иммунизація важна потому, что сыворотки не оправдали ожиданій.

Недригайловъ считаетъ возбужденный вопросъ очень важнымъ; разъ токсины всасываются слизистой оболочкой рта и носа, то, по всей вѣроятности это имѣется и въ кишечникѣ, что можетъ дать возможность предохранить себя отъ внутреннихъ микробовъ. Ораторъ подчеркиваетъ, что теперешнія дифтерійныя эпидеміи болѣе жестоки, чѣмъ были раньше, этимъ онъ объясняетъ непригодность сыворотки. Слѣдовало бы сдѣлать опыты на животныхъ иммунизированныхъ, вводя пленку отъ тяжелаго больного; если бы они оказались невоспріимчивыми, то это служило бы доказательствомъ важнымъ. Ротирель считаетъ этотъ методъ опаснымъ для дѣтей и болѣе цѣлесообразнымъ методъ Смита — комбинація токсина съ сывороткой. Крыловъ также считаетъ, что скорѣе Смитовскій методъ имѣетъ будущее. Проф. Заболотный думаетъ, что практическое примѣненіе будетъ возможно только при наличности статистическихъ данныхъ. Затѣмъ было бы важно знать, какое именно количество антитоксина нужно для каждаго даннаго случая.

З. Н. Щегловъ: О стрептотрихозѣ. (Клиническія и бактеріологическія наблюденія). Стрептотрихозъ несомнѣнно самостоятельная форма заболѣванія, онъ имѣетъ много общаго съ актиномикозомъ и по всѣмъ даннымъ ему родственный. По статистическимъ даннымъ Россія стоитъ на первомъ планѣ по числу этихъ двухъ болѣзней; если еще принять во вниманіе путаницу въ номенклатурѣ, благодаря которой не всѣ случаи отмѣчены, то станетъ яснымъ, насколько изученіе этого вопроса для насъ важно. Приведены 8 исторій болѣзни, но только у двухъ больныхъ удалось получить чистую разводку микроба-стрептотрикса. Всѣ больные жаловались

на слабость, колотья въ боку, у всѣхъ мокрота кровянистая—картина получается или похожая на bronchopneumon'ію или на pneumon'ію crouposae или симулируетъ туберкулезъ. Патолого-анатомическая картина характерна для гангрены. Стрептотриксъ всегда вызываетъ омертвѣніе пораженнаго имъ участка. Болѣзнь очень тяжелая, но даетъ и случаи выздоровленія. Микробъ легко выдѣляется на сухомъ агарѣ.

Проф. Мари сообщилъ, что въ матеріалѣ, имѣющемся въ военно-медицинскомъ управленіи, есть данныя, что въ Россіи бываетъ до 1000 случаевъ въ годъ actinomicos'а. Кедровскій думаетъ, что случаевъ стрептотрихоза много; номенклатура будетъ сбивчива до тѣхъ поръ, пока не будетъ изучена біологія и морфологія бактерій. Опредѣлить, гдѣ кончается актиномикозъ и гдѣ начинается стрептотрихозъ трудно, сходство огромное. Проф. Заболотный предложилъ основать коммиссію для собиранія свѣдѣній о распространеніи актиномикоза и стрептотрихоза. Въ члены предложены: Берестневъ, Мари, Щегловъ и Владиміровъ.

25 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ В. А. Пальмирскій (Варшава).

Проф. А. В. Григорьевъ (Спб.): О натурѣ паразитовъ бѣшенства. Бѣшенство должно быть причислено къ микотическимъ заболѣваніямъ. Паразитъ бѣшенства—микроорганизмъ, чрезвычайно малой величины, трудно окрашиваемый. Онъ занимаетъ среднее мѣсто между дрожжевыми и плѣсневыми грибками. Тѣльца Negri—тѣ же паразиты, только подвергшіеся осумковыванію. Путемъ предложеннаго докладчикомъ способа окрашиванія эозиномъ, быть можетъ, удастся выяснить пока еще ближе неизвѣстную природу осумкованныхъ паразитовъ, которые играютъ роль также въ этіологіи трахомы, оспы и пр.

Докладчикъ демонстрируетъ свои микроскопическіе препараты.

Недригайловъ, напоминая исторію вопроса съ открываемыми микроорганизмами, указываетъ на необходимость соблюдать въ нахожденіи микроорганизмовъ крайнюю осторожность; кромѣ того находитъ выставленные препараты недоказательными.

С. М. Коцеваловъ (Харьковъ): О примѣненіи бѣлыхъ мышей для діагностики уличнаго бѣшенства. Для діагностики уличнаго бѣшенства обыкновенно пользуются кроликами, которымъ дѣлаютъ прививку подъ твердую мозговую оболочку. Но кролики сравнительно дороги. Поэтому докладчикъ предлагаетъ замѣнить ихъ болѣе дешевыми животными—бѣлыми мышами, тѣмъ болѣе, что онѣ сильно плодятся и гораздо рѣже подвергаются массовымъ заболѣваніямъ. Изъ 114 мышей, зараженныхъ ядомъ бѣшенства подъ кожу, заболѣли 54 мыши, что составляетъ 53 и даже 57% (за вычетомъ нѣкоторыхъ животныхъ). Инкубаціонный періодъ у бѣлыхъ мышей колеблется между 9 и 30 днями, т. е. не больше, чѣмъ у кроликовъ. Заболѣваніе у бѣлыхъ мышей носитъ паралитическій характеръ: получается парезъ, а затѣмъ и параличъ заднихъ конечностей; кромѣ параличей бываютъ и гемиплегіи. Въ виду этихъ данныхъ, докладчикъ рекомендуетъ пользоваться бѣлыми мышами, какъ матеріаломъ для изслѣдованія мозговъ отъ подозрительныхъ животныхъ.

Ушаковъ замѣтилъ, что хотя мыши сами по себѣ и дешевле кроликовъ, но такъ какъ онѣ даютъ только 50% успѣшныхъ прививокъ, то въ общемъ дѣло нисколько не выигрываетъ отъ предложенія докладчика.

В. І. Савченко (Харьковъ): Къ вопросу о вліяніи фенола на virus fixe бѣшенства. (За отсутствіемъ Савченко докладъ прочелъ В. П. Недригайловъ). Вопреки заявленію Fermi, фенолъ, въ количествѣ 1%, не разрушаетъ яда бѣшенства. Причина такой стойкости яда бѣшенства по отношенію къ веществу, которое убиваетъ другіе микроорганизмы, еще не выяснена. Возможно, что, находясь внутри клѣтки, возбудитель бѣшенства тѣмъ самымъ оказывается защищеннымъ отъ дѣйствія фенола.

Краюшкинъ подтвердилъ основное положеніе доклада. Розенталь привѣтствуетъ попытку отыскать консервирующее вещество, которое въ то же время не разрушаетъ virus'а. Недригайловъ дѣлаетъ важный выводъ практическаго свойства, а именно, что при укусахъ бѣшеными животными для промыванія раны нельзя довольствоваться традиціонной карболкой, которая не убиваетъ virus'а бѣшенства, а лучше примѣнять іодъ и др. обеззараживающія средства.

В. П. Недригайловъ и В. І. Савченко (Харьковъ): Опыты съ рабицидной сывороткой. Изложивъ сущность реакціи Bordet-Gengou, Недригайловъ переходитъ къ своимъ опытамъ примѣненія рабицидной сыворотки для распознаванія бѣшенства. Опыты состояли въ прибавленіи къ сывороткѣ, взятой отъ зараженныхъ бѣшенствомъ животныхъ, мозговъ отъ различныхъ животныхъ, какъ здоровыхъ, такъ подозрительныхъ и завѣдомо больныхъ бѣшенствомъ. При этомъ выяснилось, что не только мозгъ бѣшенаго животнаго даетъ отклоненіе комплемента, но и контрольные мозги здоровыхъ животныхъ дѣлаютъ то же; такимъ образомъ свойство отклонять комплементъ нужно признать специфическимъ, свойственнымъ всѣмъ мозгамъ безразлично. Тогда Недригайловъ взялъ въ качествѣ антигена слюнныя железы и др. органы. Оказалось, что слюнныя железы кролика, погибшаго отъ virus fixe, рѣдко содержатъ virus и потому не связываютъ комплемента (получается гемолизъ). Равнымъ образомъ выяснилось, что ни одинъ органъ не можетъ служить антигеномъ, кромѣ мозга и слюнныхъ железъ отъ собакъ, а также людей, умершихъ отъ уличнаго бѣшенства. Нормальныя слюнныя железы не связываютъ комплемента. Такимъ образомъ, можно поставить діагнозъ бѣшенства, пользуясь слюнными железами (не мозгомъ!). Но слюнныя железы трудно получить, и потому Недригайловъ приготовилъ «противослюнную» сыворотку.

Въ преніяхъ принимали участіе Добровольскій, Златогоровъ, Розенталь и др.

М. Е. Лурье (Москва): О гистологическихъ измѣненіяхъ при интрапульмональной иммунизаціи. Изслѣдованія, произведенныя докладчицей въ институтѣ Блюменталя, выяснили, что дифтерійный токсинъ въ большихъ дозахъ представляетъ сильный клѣточный ядъ, вызывающій глубокія измѣненія легочной паренхимы съ пролиферацiей альвеолярнаго эпителія и стойкихъ клѣтокъ перегородокъ.

Дзержговскій сообщилъ о своихъ однородныхъ опытахъ, указавъ при этомъ на возможность положенія впрыскиваемаго яда въ плевру, противъ чего возражаетъ докладчица. Недригайловъ высказалъ предположеніе, что, быть можетъ, клѣтки, которыя разрушаются при этихъ опытахъ, идутъ какъ антигенъ для иммунизаціи.

Соединенное засѣданіе секцій бактеріологіи и внутреннихъ болѣзней.

27 апрѣля (днемъ).

Почетными предсѣдателями избраны: П. Н. Хольщевниковъ и В. И. Недригайловъ.

В. И. Недригайловъ: Сообщеніе о выполненіи порученія X Пироговскаго съѣзда о выработкѣ однообразной методики въ прививкахъ противъ бѣшенства. На прошломъ X Пироговскомъ съѣздѣ Недригайловъ сдѣлалъ докладъ о методикѣ прививокъ въ русскихъ Пастеровскихъ институтахъ, причемъ выяснилось, что нельзя найти хотя бы 2 института, которые примѣняли бы одинъ и тотъ же методъ предохранительныхъ прививокъ: всѣ институты уклонились отъ схемы Pasteur'a. Тогда же съѣздъ поручилъ Недригайлову войти въ сношенія со всѣми институтами, чтобы сообща установить однообразную технику прививокъ. Недригайловъ исполнилъ данное ему порученіе. Однако до сихъ поръ сдѣлана только нѣкоторая часть необходимой работы, и предстоитъ еще болѣе серьезная и сложная работа, для выполненія которой докладчикъ предлагаетъ учредить коммиссію изъ представителей всѣхъ Пастеровскихъ институтовъ, и весь вопросъ сдѣлать программнымъ для слѣдующаго (XII) Пироговскаго съѣзда.

С. М. Коцеваловъ (Харьковъ): О статистикѣ Пастеровскихъ станцій. Докладчикъ предлагаетъ: 1) установить однообразную классификацію пораненій (по схемѣ Харьковскаго института), включивъ пораненія кисти въ особую рубрику; 2) при обработкѣ статистическаго матеріала исключать сомнительные случаи; 3) повысить цѣнность статистическаго матеріала, подвергая изслѣдованію мозги всѣхъ сомнительныхъ животныхъ; 4) поголовно провѣрить всѣхъ лечившихся спустя 10 мѣсяцевъ; 5) измѣнить способъ вычисленія редуцированной смертности, считая 30 дней не отъ конца, а отъ начала леченія (изъ коихъ 15 дней идутъ на леченіе и столько же на выработку иммунитета), 6) созвать представителей всѣхъ Пастеровскихъ станцій для совмѣстнаго обсужденія назрѣвшихъ вопросовъ; 7) измѣнить законодательство о собачьемъ бѣшенствѣ, въ смыслѣ увеличенія мѣръ, предупреждающихъ зараженіе.

С. М. Коцеваловъ (Харьковъ): Пастеровскій институтъ Харьковскаго Медицинскаго Общества за 21 г. Описаніе способа прививокъ (классическій метода Pasteur'a) съ указаніемъ на постоянное стремленіе къ увеличенію интенсивности леченія путемъ повышенія срока леченія и примѣненія болѣе вирулентныхъ мозговъ.

Е. Носкова (Екатеринославъ). Отчетъ о дѣятельности Пастеровской станціи при Екатеринославской губ. земской больницѣ.

Докладъ Тифлисской Пастеровской станціи о примѣняемомъ на этой станціи методѣ прививокъ.

Оба послѣднихъ доклада, прочитанные Недригайловымъ, подтверждаютъ въ общемъ данныя Коцевалова.

Крыжановскій предлагаетъ тщательнѣе наблюдать за прививаемыми и считаться съ возможностью неблагопріятнаго вліянія холода на исходъ болѣзни (ознобленіе). Покшишевскій сообщаетъ о примѣненіи антирабической сыворотки, изготовляемой въ Индіи (д-ръ Semple) и въ Парижскомъ Пастеровскомъ Институтѣ. Эта сыворотка примѣнялась съ успѣхомъ у 16 больныхъ на Тульской бактеріологической станціи. Сыворотка показана при тяжелыхъ укусахъ. Ситниковъ приводитъ случай смерти отъ типичнаго бѣшенства спустя 2 года послѣ укуса, несмотря на своевременное леченіе въ Москвѣ. Крыловъ сообщаетъ о случаѣ заболѣванія бѣшенствомъ со смертельнымъ исходомъ черезъ 3 года 2 мѣсяца. Проф. Заболотный вноситъ слѣдующее предложеніе: Въ виду того, что Пироговскіе съѣзды собираются сравнительно рѣдко, а между тѣмъ накапливаются вопросы, неотложно требующіе разрѣшенія, необходимо созывать ежегодныя совѣщанія представителей бактеріологическихъ институтовъ, микробіологовъ и эпидеміологовъ для обсужденія вопросовъ, касающихся вакцино- и серотерапіи. Такого рода съѣзды происходятъ заграницей ежегодно, въ Берлинѣ и Вѣнѣ поочередно. У насъ такое совѣщаніе могло бы состояться уже въ январѣ 1911 г. Предложеніе это принимается безъ преній. Проф. Мари спрашиваетъ, нѣтъ-ли свѣдѣній о лицахъ, укушенныхъ завѣдомо бѣшеными животными и не подвергавшихся леченію, и какова у нихъ смертность. Ушаковъ указалъ, что такого рода свѣдѣнія имѣются относительно Японіи и Венгріи, но не у насъ. Смертность не леченныхъ исчисляется въ 12%. При вычисленіи смертности онъ совѣтуетъ выключать волчьи укусы въ особую рубрику, какъ дающіе особенно высокую смертность. Въ виду того, что въ Россіи подвергаются укусамъ около 25.000 человѣкъ ежегодно, необходимо упорядочить дѣло санитарно-полицейскаго надзора путемъ выработки болѣе строгихъ мѣръ противъ собакъ, чтобы пресѣчь зло въ самомъ корнѣ, ибо предупредить заболѣваніе легче, чѣмъ вылечить его. Недригайловъ относится скептически къ случаямъ Ситникова и Крылова, въ виду возможныхъ ошибокъ въ распознаваніи, безъ тщательнаго бактеріологическаго изслѣдованія, хотя бы клиническая картина была вполнѣ ясна. Далѣе Недригайловъ предлагаетъ классифицировать пораненія при укусахъ по слѣдующей схемѣ: въ лицо, кисть, въ верхнюю и нижнюю конечность, — исключивъ терминъ — множественныя пораненія. Въ заключеніе секція принимаетъ предложеніе проф. Заболотнаго о созывѣ совѣщанія, поручивъ организаціонному комитету XII съѣзда выработать его программу, ставитъ программнымъ вопросъ о пастеровскихъ прививкахъ на XII съѣздѣ и принимаетъ всѣ предложенія докладчика Коцевалова.

Ю. А. Финкельштейнъ (Москва): Новѣйшіе методы обнаруженія Коховскихъ туберкулезныхъ палочекъ въ патологическомъ матеріалѣ. Сравнивая результаты изслѣдованія по Biedert'у и по Uhlenhut'у (съ антиформиномъ) (175 мокротъ, 5 порцій мочи, 4 faeces, 1 цереброспинальная жидкость), докладчикъ приходитъ къ заключенію, что антиформинный методъ — способъ специфическій и свободный отъ недостатковъ метода гомогенизированія (нѣтъ комочковъ, которые могли бы скрывать палочки); при этомъ палочки не портятся; методъ этотъ въ 4 — 5 разъ чувствительнѣе, чѣмъ Biedert'овскій, и въ то же время онъ очень простъ и легко выполнимъ Другой способъ отыскиванія туберкулезныхъ палочекъ (Lang - Nitsche) основанъ на сродствѣ лигроина къ бактеріямъ, имѣющимъ восковидную оболочку. Собираясь надъ водой, лигроинъ уноситъ съ собой на поверхность ея туберкулезныя палочки. Есть еще комбинированный методъ: антиформинъ-лигроинъ. Лучшимъ способомъ отыскиванія туберкулезныхъ палочекъ нужно признать чисто-антиформинный. За нимъ слѣдуетъ комбинированный. На послѣднемъ мѣстѣ долженъ быть поставленъ лигроинный способъ.

Верещагина подтверждаетъ преимущество антиформиннаго метода передъ мазками. Она сдѣлала около 50 изслѣдованій: изъ 25 мокротъ только одна проба дала отрицательный результатъ, а 24—положительный; эксудатовъ было 5; всѣ 8 порцій мочи, выпущенныхъ катетеромъ со всѣми предосторожностями, дали положительные результаты; изъ 10 пробъ крови 6 дали положит. и 4 отриц. результаты; кромѣ того, изслѣдованію подверглись еще 1 железа и 1 кость: обѣ съ положительнымъ результатомъ. Златогоровъ признаетъ преимущества антиформина, а также лигроина, но только не при плевритахъ; изъ 18 эксудативныхъ плевритовъ онъ получилъ положительные результаты только въ 4 случаяхъ. При изслѣдованіи мочи нужно быть крайне осторожнымъ, чтобы не признать туберкулезными палочки смегмы. Для изслѣдованія испражненій лучше комбинировать антиформинъ съ лигроиномъ. Макарычевъ подчеркиваетъ, что обработка матеріала обыкновенной щелочью дала ему результаты не хуже, чѣмъ антиформинъ. Финкельштейнъ удивляется удачамъ Верещагиной и указываетъ, что съ каломъ дѣло обстоитъ хуже, чѣмъ съ мокротой, ибо калъ содержитъ много растительныхъ элементовъ, которые не такъ хорошо растворяются отъ антиформина и потому затрудняютъ отыскиваніе туберкулезныхъ палочекъ. По поводу замѣчанія Финкельштейна, что щелочь разрушаетъ часть палочекъ, Макарычевъ замѣчаетъ, что тѣмъ не менѣе этотъ способъ далъ ему лучшіе результаты, чѣмъ другіе методы.

Т. Е. Гавриловъ (Самара): **Къ вопросу о цѣлебномъ дѣйствіи противодифтерійной сыворотки.** За послѣднія 8—10 лѣтъ въ Самарской губ. почти не наблюдалось тяжелыхъ эпидемій дифтеріи. Если же леченіе терпѣло иногда неудачу, то ее объясняли запаздываніемъ леченія или слабой дозировкой сыворотки. Но вотъ въ послѣднее время наступило внезапное ухудшеніе: изъ 23 случаевъ 11 окончились смертью, несмотря на своевременное (начиная со 2-го дня заболѣванія) и притомъ довольно энергичное (2—3 тысячи единицъ) леченіе. Гдѣ причина этого явленія? Изслѣдовавъ въ свое время 10.453 случая дифтеріи (за 1895 и 1896 гг.), докладчикъ убѣдился, что: 1) смертность отъ дифтеріи не вездѣ одинакова; 2) что время года оказываетъ вліяніе на исходъ заболѣванія; 3) моментъ начала леченія не играетъ существенной роли; 4) съ увеличеніемъ возраста больныхъ повышается % смертности; 5) первоначальное пораженіе носоглоточнаго пространства съ отекомъ шейной клѣтчатки предвѣщаютъ неблагопріятный исходъ; 6) мѣсто впрыскиванія сыворотки не имѣетъ значенія для исхода болѣзни; 7) дозировка сыворотки не вліяетъ на результатъ леченія дифтеріи. Спеціальный съѣздъ врачей отнесся тогда съ недовѣріемъ къ выводамъ докладчика. Однако предсказаніе, что придетъ новая волна, начинаетъ сбываться, и въ настоящее время приходится имѣть дѣло опять съ тяжелыми случаями дифтеріи, которая начинается не съ миндалинъ, а въ носоглоточномъ пространствѣ, сопровождаясь отекомъ шейной клѣтчатки, гнилостнымъ запахомъ изо рта и сквернымъ общимъ состояніемъ. Тутъ уже и сыворотка не помогаетъ. Возможно, что при этомъ имѣется дѣло со смѣшанной инфекціей (зараженіе Loeffler'овскими палочками и стрептококкомъ). Этотъ вопросъ необходимо выяснить. Съ этой цѣлью докладчикъ предлагаетъ собрать возможно болѣе обширный статистическій матеріалъ (санитарныя карточки) и передать его Пироговскому Обществу.

Тезяковъ подтверждаетъ, что въ послѣднее время мало помогаютъ не только тѣ дозы, которыя раньше оказывались вполнѣ дѣйствительными, но даже вдвое-втрое большія. Клодницкій заявляетъ, что тяжелыя эпидеміи дифтеріи наблюдались и въ Астраханской губ. Онъ удивляется тому, что не было сдѣлано тщательное

бактеріологическое изслѣдованіе. Отекъ шеи онъ считаетъ признакомъ зараженія стрептококкомъ. Крыжановскій констатировалъ внезапное усиленное заболѣваніе дифтеріей въ Уфимской губ. Причину неудачи леченія онъ усматриваетъ не въ самой сывороткѣ, которая продолжаетъ изготовляться по-прежнему хорошо, а въ усиленіи virus'а, въ виду чего необходимы большія дозы сыворотки. Не безъ вліянія остается также смѣшанная инфекція. Недригайловъ считаетъ большимъ упущеніемъ отсутствіе бактеріологическаго изслѣдованія; надо имѣть въ виду angina Vincenti. Коршъ останавливается на данныхъ Петербурга, гдѣ дѣйствіе сыворотки сказывается всегда достаточно рельефно; она вліяетъ даже въ осложненныхъ случаяхъ. Бѣлановскій напоминаетъ, что специальная коммиссія въ Берлинѣ, съ участіемъ видныхъ ученыхъ-специалистовъ, несмотря на тщательныя и всестороннія изслѣдованія, не въ силахъ была выяснить причину временнаго усиленія заболѣваній дифтеріей. Покшишевскій допускаетъ возможность появленія новаго поколѣнія (Stamm) дифтерійныхъ палочекъ, противъ которыхъ нужно изготовить специальную сыворотку. Финкельштейнъ предлагаетъ прибѣгать въ тяжелыхъ случаяхъ къ внутривеннымъ вливаніямъ сыворотки. Крыловъ считаетъ, что сыворотка не измѣнилась, но эпидемія ухудшилась: она стала гипертоксичной и потому нужно вводить побольше сыворотки. Не слѣдуетъ также забывать объ angina Vincenti. Щегловъ считаетъ опаснымъ употребленіе большихъ дозъ сыворотки. Крыжановскій высказывается въ пользу большихъ дозъ сыворотки съ введеніемъ ихъ въ вены, въ виду того, что изъ подкожной клѣтчатки сыворотка плохо всасывается, особенно у слабыхъ больныхъ.

Секція постановила: просить Правленіе Пироговскаго Общества взять на себя инициативу собиранія карточнаго матеріала по вопросу объ эпидеміологіи дифтеріи и о цѣлебномъ дѣйствіи противодифтерійной сыворотки.

Секція VI. Судебная медицина.

22 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. А. В. Григорьевъ (Варшава).

Прив.-доц. В. А. Таранухинъ (СПБ.): Результаты примѣненія реакціи Уленгута въ судебно-медицинской практикѣ. Реакція Уленгута есть біологическая проба, которая даетъ возможность съ наибольшей вѣроятностью опредѣлить происхожденіе данной крови. По этому біологическому способу примѣненіе этой реакціи въ 233 случаяхъ при медицинскомъ совѣтѣ дало въ 79% положительный результатъ, въ 19% отрицательный и лишь въ 5-и случаяхъ (т. е. въ 2%) получился результатъ неопредѣленный. Реакція Уленгута оказала уже услугу въ нѣкоторыхъ запутанныхъ и сложныхъ случаяхъ. Специфичность этой реакціи уже доказана Ньюталемъ, который сдѣлалъ 160.000 изслѣдованій, имѣя 800 сортовъ крови разныхъ животныхъ. Реактивная сыворотка обычно добывается отъ кролика. Необходимо имѣть сыворотку съ титромъ въ 1:10.000. На Западѣ, напр. въ Австріи и Германіи, имѣются специальные правительственные институты, которые готовятъ эту сыворотку для цѣлей судебно-медицинской экспертизы. У насъ эта сыворотка готовится пока только по частной инициативѣ судебно-медицинскимъ кабинетомъ при Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ въ Петербургѣ и Институтомъ Блюменталя въ Москвѣ. Докладчикъ считаетъ, что правительство должно обязать нѣкоторыя лабораторіи путемъ субсидированія всегда имѣть сыворотку подъ официальнымъ контролемъ. Реакція Уленгута должна быть признана официальнымъ методомъ, съ которымъ должны быть знакомы всѣ эксперты. Для ознаком-

ленія съ примѣненіемъ этого способа докладчикъ предлагаетъ организовать соотвѣтственные курсы для врачей. Объ этомъ должны позаботиться, какъ наиболѣе заинтересованныя, м-ва внутреннихъ дѣлъ и юстиціи.

Въ преніяхъ Яковлевъ указалъ, что къ результатамъ реакціи Уленгута надо относиться съ большой осторожностью, такъ какъ помутнѣніе и осадокъ получаются уже при примѣси къ крови животнаго слюны человѣка. Вѣдь реакція Уленгута только указываетъ на присутствіе бѣлка человѣка. Проф. Ивановскій высказался, что для успокоенія совѣсти слѣдуетъ ставить попутно опыты съ завѣдомо человѣческой и завѣдомо нечеловѣческой кровью. Проф. Григорьевъ замѣтилъ, что послѣ многолѣтней теоретической и практической работы надъ реакціей Уленгута онъ теперь все-таки не рѣшился бы, на основаніи только одной этой реакціи, сказать, что изслѣдуемая кровь—человѣческая. Бѣлокъ человѣка, давшій помутнѣніе, могъ вѣдь попасть сюда и случайно. Проф. Ивановскій добавилъ, что министерство внутреннихъ дѣлъ занято теперь мыслью объ организаціи въ С.-Петербургѣ большой центральной лабораторіи для судебно-медицинскихъ изслѣдованій. Это же учрежденіе будетъ готовить и сыворотку для реакціи Уленгута. Хайкисъ высказался, что было бы лучше вмѣсто одной центральной лабораторіи въ С.-Петербургѣ устроить нѣсколько лабораторій, хотя бы и меньшихъ размѣровъ, въ наиболѣе крупныхъ городахъ страны.

Въ результатѣ обмѣна мнѣній принято слѣдующее постановленіе: Правительство должно позаботиться объ облегченіи судебно-медицинской экспертизы, а потому оно должно войти въ соглашеніе съ соотвѣтственными учрежденіями относительно постояннаго приготовленія въ достаточномъ количествѣ активной сыворотки для реакціи Уленгута.

А. Смыслова: **Къ вопросу о химическихъ пробахъ на кровь въ судебно-медицинской практикѣ.** Въ виду того, что такъ назыв. гваяковая проба Van-Deen'a имѣетъ значеніе только въ положительномъ смыслѣ, отрицательный ея результатъ значенія не имѣетъ и доказываетъ присутствіе крови только въ разведеніи 1.30.000, что для судебно-медицинскихъ цѣлей не всегда достаточно, докладчикъ считаетъ заслуживающими вниманія бензидиновую и фенолфталеиновую пробы. Описавъ подробно производство этихъ пробъ, докладчикъ указываетъ, что кровяныя пятна 8-лѣтней давности давали съ этой реакціей положительный результатъ, равно какъ и ржавая кровь, а при чистой ржавчинѣ получался отрицательный результатъ. Моча, sperma, потъ давали отрицательную реакцію; калъ при обычномъ смѣшанномъ режимѣ—положительную, при молочно-растительной діэтѣ—отрицательную реакцію; гной и слюна—то положительную, то отрицательную. Изъ обычныхъ яствъ нѣкоторыя, какъ, напр., грибы и клюква, давали отрицательный результатъ; другія, какъ, напр., мясной бульонъ, всегда положительный. Нѣкоторыя испытанныя краски давали отрицательную реакцію. Такимъ образомъ эти пробы чрезвычайно чувствительны, но съ ихъ положительнымъ результатомъ не всегда можно считаться, тогда какъ отрицательный ихъ результатъ имѣетъ почти рѣшающее значеніе.

Въ преніяхъ Куркутовъ обратилъ вниманіе на то, что большая чувствительность реактива является опасной, Таранухинъ указалъ, что положительный результатъ вслѣдствіе высокой чувствительности даютъ всевозможныя вещества и помимо крови человѣка. Проф. Григорьевъ считаетъ критику пробы Van-Deen'a неправильной, съ произведенной lege artis пробой можно всегда считаться, а при химическихъ пробахъ имѣетъ значеніе только отрицательный результатъ. Въ этомъ смыслѣ высказались и проф. Ивановскій, Вертоградовъ, Яковлевъ.

24 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ д-ръ Куркутовъ (Новгородъ).

Проф. М. Ф. Поповъ (Томскъ): О смерти отъ замерзанія. (Читалъ В. А. Таранухинъ). Въ отличіе отъ другихъ изслѣдователей докладчикъ изучалъ трупы замерзшихъ въ замороженномъ же видѣ. Въ такомъ видѣ лучше фиксированы измѣненія, вызванныя такого рода смертью. Наиболѣе характерны найденныя докладчикомъ измѣненія во внутреннихъ органахъ: обычно на трупѣ лѣвое сердце и артеріи пусты, здѣсь же находятъ и правое и лѣвое сердце содержащими кровь и часто почти въ одинаковомъ количествѣ. Arcus aortae и вся аорта растянуты замерзшей кровью, имѣющей форму цилиндровъ діаметромъ до 2 стм.; такіе же цилиндры, но другого діаметра находятъ въ сонныхъ и въ большихъ периферическихъ артеріяхъ. Легкія полнокровны. Мышцы кажутся болѣе красными, чѣмъ на другихъ трупахъ. Мозгъ и его оболочки представляются отекшими; pia mater имѣетъ видъ ледяной коры толщиной до 5 мт. На черепѣ нерѣдко находятъ расхожденіе швовъ. Мочевой пузырь часто въ наполненномъ состояніи. Почечное кровоизліяніе въ слизистой оболочкѣ желудка не имѣетъ большого діагностическаго значенія. Если замерзаніе произошло въ состояніи опьянѣнія, то докладчикъ предлагаетъ произвести слѣдующую реакцію: въ пробирку съ 5 к. с. воды опускаютъ кусочекъ мозга въ 1—3 гр. или наливаютъ 5 к. с. мочи; пробирка, закрытая пробкой со вставленной въ нее трубкой длиной въ 1 м., діам. въ 4—6 мм., нагрѣвается до кипѣнія. Если въ испытуемомъ веществѣ имѣется спиртъ, то пары его, улетучиваясь, сгущаются въ холодной части трубки въ кольцо подвижной жидкости; въ противномъ случаѣ на стѣнкахъ трубки осѣдаютъ только пары воды.

Въ преніяхъ проф. Ивановскій предложилъ опредѣлить присутствіе спирта, перегоняя пары его въ пробирку, закрытую ваткой и содержащую Nigrosin (въ формѣ порошка). Въ присутствіи спирта Nigrosin растворяется и ватка чернѣетъ. Таранухинъ отмѣтилъ, какъ характерную особенность, содержаніе крови въ артеріяхъ замерзшихъ. Куркутовъ объяснилъ, почему въ Сибири возможно пользоваться замороженными трупами. Почти въ каждой деревнѣ тамъ имѣется анатомическая изба, подъ которой находится ледникъ, гдѣ сохраняютъ трупы. Понятно также, почему лучшія работы по вопросу о замерзаніи приходятъ изъ Сибири: такихъ случаевъ тамъ очень много. Въ преніяхъ приняли также участіе Архангельскій и Вертоградовъ.

В. А. Таранухинъ (Спб.): Примѣнимость реакціи отклоненія комплемента въ судебно-медицинской практикѣ. Отклоненіе комплемента играетъ большую роль въ серодіагностикѣ и съ 1906 года эта же реакція введена Neisser-Sachs'омъ въ судебно-медицинскую практику. Для производства реакціи нужны слѣдующіе составные элементы: 1) растворъ изслѣдуемаго пятна, 2) Уленгутовская сыворотка на кровь человѣка (антитѣло), 3) комплементъ, 4) бараньи шарики, 5) амбоцепторъ. Если изслѣдуемое пятно изъ крови человѣка, комплементъ будетъ связанъ и гемолиза не произойдетъ; въ противномъ случаѣ получается полный гемолизъ. Эта реакція, какъ всякая біологическая ре-

акція, конечно, очень сложна, потому что попутно должны быть поставлены многіе контрольные опыты, но она насъ приближаетъ къ идеалу, когда можно будетъ съ точностью сказать, что данная кровь человѣческая.

Проф. Косоротовъ не признаетъ за реакціей Neisser - Sachs'а никакого практическаго значенія именно въ виду ея сложности. Проф. Ивановскій того же мнѣнія, полагая притомъ, что эта реакція даже лабораторно несовсѣмъ еще хорошо разработана. Въ смыслѣ неприменимости этой реакціи на практикѣ высказались также Архангельскій и Вертоградовъ. Докладчикъ находитъ, что отсюда только надо сдѣлать выводъ о необходимости создать для судебно-медицинскихъ цѣлей центральную государственную лабораторію.

В. А. Таранухинъ: Примѣненіе иллюминатора при изслѣдованіи кровяныхъ пятенъ на металлическихъ предметахъ. Florence ввелъ въ судебную медицину слѣдующій способъ для опредѣленія присутствія крови на гладкихъ металлическихъ предметахъ. Къ микроскопу привинчивается книзу (приборъ Leitz'а) или вставляется въ трубу подъ окуляромъ (приборъ Reichert'а) особый приборъ, называемый иллюминаторомъ. Онъ представляетъ собой металлическую трубу съ боковымъ отверстіемъ для проникновенія свѣта и съ призмой, преломляющей этотъ свѣтъ. При помощи этого прибора не только легко находитъ кровь тамъ, гдѣ раньше ее никакъ не находили, но легко также путемъ микрометра, приставленнаго къ окуляру, измѣрить и діаметръ кровяныхъ шариковъ, что уже даетъ возможность сказать, принадлежитъ-ли эта кровь человѣку. Приладивъ къ иллюминатору фотографическій аппаратъ, можно получить и фотографическій снимокъ видимой микроскопической картины. На тканяхъ, а также на металлическихъ, но неровныхъ поверхностяхъ иллюминаторъ дѣйствія не оказываетъ.

---

26 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Н. И. Ивановскій (Спб.), секретаремъ В. А. Таранухинъ.

В. А. Таранухинъ (Спб.): Къ вопросу о скоропостижной смерти беременныхъ и рожениць. Скоропостижная смерть имѣетъ важное значеніе для судебной медицины. Наибольшій % скоропостижныхъ смертей имѣетъ своей причиной болѣзни сердца, особенно сердечной мышцы; такъ, на 852 случая скоропостижной смерти 636 приходится на болѣзни сердца, изъ нихъ 451 на болѣзни сердечной мышцы и сосудовъ. Докладчикъ дѣлится своими наблюденіями надъ шестью случаями скоропостижной смерти у беременныхъ. Во всѣхъ случаяхъ, кромѣ другихъ измѣненій, было констатировано съуженіе отверстія двустворчатаго клапана и отекъ легкихъ. Изъ этого докладчикъ заключаетъ, что заболѣваніе двустворчатаго клапана должно служить указаніемъ къ производству искусственнаго выкидыша.

Шуспиновъ находитъ, что случаи, приводимые докладчикомъ, представляютъ комбинированныя заболѣванія и причины смерти можно искать не только въ valv. mitralis. Проф. Григорьевъ находитъ, что для рѣшенія вопроса о причинахъ смерти въ упомянутыхъ случаяхъ нужно было болѣе подробное изслѣдованіе (микроскопическое); въ этомъ же смыслѣ высказывается и проф. Косоротовъ. Вертоградовъ, наоборотъ, считаетъ матеріалъ цѣннымъ тѣмъ, что во всѣхъ

шести случаяхъ имѣется съуженіе двустворки, такъ какъ при жизни это заболѣваніе трудно констатируется изъ-за отсутствія при немъ гипертрофіи лѣваго желудочка.

Проф. Д. П. Косоротовъ (Спб.): Замѣчанія по поводу нынѣ дѣйствующаго устава судебной медицины. Дѣятельность судебнаго врача регулируется уставомъ судебной медицины. Со времени созданія устава онъ оставался неизмѣненнымъ до 1892 г., когда онъ подвергся нѣкоторой переработкѣ. Рѣзко измѣненъ уставъ въ 1903 году; въ немъ сохранено всего 44 статьи изъ прежнихъ 133. Выброшено все, что касается оцѣнки поврежденій. Казалось бы, что выброшенными статьями не надо руководствоваться, но въ концѣ 7 статьи имѣется указаніе на то, что не вошедшія сюда статьи сохраняютъ законную силу. Это обстоятельство вноситъ въ дѣло путаницу. Теперь при медицинскомъ совѣтѣ образована коммиссія для выработки новаго устава судебной медицины. Весь предполагаемый уставъ будетъ содержать только 14 статей. Докладчикъ находитъ цѣлесообразнымъ внести въ уставъ указанія: когда необходимо дѣлать вскрытіе мертваго тѣла и когда можно ограничиваться его осмотромъ; выработать и внести въ уставъ образецъ медицинскаго свидѣтельства и форму акта химическаго и микроскопическаго изслѣдованія.

Проф. Григорьевъ находитъ, что такъ какъ измѣненія устава, предлагаемыя докладчикомъ, обнимаютъ нѣсколько родовъ дѣятельности, то нужно избрать коммиссію и передать вопросъ на обсужденіе слѣдующаго съѣзда. Герденрейхъ считаетъ необходимымъ учрежденіе спеціальныхъ должностей судебныхъ врачей, а не возлагать этой функціи на уѣздныхъ врачей. Куркутовъ присоединяется къ высказанному пожеланію, такъ какъ предварительное слѣдствіе имѣетъ громадную важность. Онъ считаетъ ненормальнымъ то обстоятельство, что мнѣніе врачей-экспертовъ не обязательно для судей. Принята слѣдующая резолюція:

Находя неудовлетворительнымъ состояніе врачебно-судебной экспертизы въ настоящее время, секція высказала пожеланіе, чтобы въ скорѣйшемъ времени былъ бы введенъ особый институтъ спеціально подготовленныхъ судебныхъ врачей.

II ГРУППА.

Хирургія.

22 апрѣля (вечеромъ).

Проф. Н. А. Вельяминовъ, открывая засѣданіе секціи, привѣтствуетъ собраніе отъ Русскаго Хирургическаго Общества имени Н. И. Пирогова и выясняетъ значеніе намѣченныхъ программныхъ вопросовъ.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. В. И. Разумовскій (Саратовъ).

Проф. Н. А. Вельяминовъ (Спб.): Заболѣванія щитовидной железы и ихъ хирургическое леченіе. О функціяхъ щитовидной железы мы знаемъ мало. Съ точки зрѣнія разстройства функціи щитовидной железы мы различаемъ: гипертиреозъ, гипотиреозъ и наконецъ дистиреозъ. Существующая классификація заболѣваній щитовидной железы, основанная на этіологіи или на анатоміи — неудовлетворительна: докладчикъ предлагаетъ свою классификацію, основанную на клинической картинѣ, сопутствующей зобу. Такимъ образомъ онъ дѣлитъ зобы на 6 группъ: 1) зобы, не вызывающіе ни общихъ, ни мѣстныхъ явленій; 2) зобы, осложненные сдавленіемъ сосѣднихъ органовъ; 3) зобы,

сопутствуемые явленіями гипотиреоза, идіотизма и низшими степенями критинизма; 4) зобы, въ связи съ дистиреозомъ, т. е. такимъ клиническимъ симптомомъ, который не походитъ на гипотиреозъ и отличается отъ гипертиреоза отсутствіемъ тахикардіи; 5) Базедовскія формы всѣхъ степеней; 6) злокачественные зобы. Изъ 100 спорадическихъ зобовъ, оперированныхъ докладчикомъ, на 1-ю группу падаетъ 10% случаевъ, на 2-ю—20 сл., на 3—6%, на 4-ю—46%, на 5-ю—1%, (всего—57%), на 6-ю—7%. На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ докладчикъ подходитъ къ этіологіи спорадическаго зоба. Отмѣчается тѣсная связь между разстройствомъ функціи щитовидной железы и различными отклоненіями въ половомъ развитіи. Связь эта, болѣе рѣзкая у женщинъ, отмѣчается и у мужчинъ. Вторымъ моментомъ, нѣсколько освѣщающимъ этіологію даннаго заболѣванія, является установленная цѣлымъ рядомъ работъ связь между разстройствомъ функціи щитовидной железы и предшествовавшими острыми и хроническими заболѣваніями, а также алкоголизмомъ. Связь съ половыми отклоненіями или съ инфекціонными заболѣваніями можно указать у 92% страдавшихъ зобомъ мужчинъ и женщинъ. Если при разстройствахъ функціи щитовидная железа не увеличена, то паціентъ попадаетъ къ терапевту или гинекологу; такіе случаи ускользаютъ отъ хирурга. Слѣдуетъ-ли въ такихъ случаяхъ оперировать? Дѣло въ томъ, что въ начальныхъ стадіяхъ дистиреоза терапія, леченіе Thyreoidin'омъ даетъ хорошіе результаты. Если же больной вначалѣ оставленъ безъ леченія, то общія явленія ухудшаются, развивается тахикардія, расширеніе сердца, нервныя явленія и др. Разумно примѣненное леченіе препаратами щитовидной железы часто можетъ еще повести къ излеченію; если же внутреннія и общія мѣры не помогаютъ, то слѣдуетъ оперировать. Какую же примѣнять операцію -энуклеированіе пораженныхъ узловъ или струмэктомію? Докладчикъ рекомендуетъ для спорадическихъ формъ — strumectomi'ю, какъ болѣе простую и радикальную. Боязнь поранить recurrens и удалить parathyreoidal'ныя тѣльца — преувеличена. Во избѣжаніе послѣдняго рекомендуется не удалять обѣихъ половинъ, а одну какую-нибудь сторону.

В. П. Ледомскій (Спб.): Оперативное леченіе при заболѣваніяхъ щитовидной железы и осложненія при оперативномъ леченіи зоба. (Клиника проф. С. П. Федорова). На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ утверждаетъ, что каждый зобъ, имѣющій, по крайней мѣрѣ, 2-годичную давность, долженъ быть оперированъ, независимо отъ того, причиняетъ онъ какія-либо разстройства или нѣтъ. Во всѣхъ случаяхъ разлитого зоба должно производиться изсѣченіе — экстирпація. Хирургъ долженъ обращать вниманіе на то, чтобы 1) не повредить возвратный нервъ, 2) эпителіальныя тѣльца—gl. parathyreoidea—4 маленькихъ тѣльца, величиною съ ржаное зерно, расположенныя по 2 съ каждой стороны вдоль задняго края щитовидной железы (удаленіе ихъ вызываетъ tetan'ію). Во избѣжаніе этого слѣдуетъ

производить изсѣченіе, гдѣ это возможно, подкапсулярно. Тамъ, гдѣ полная подкапсулярная экстирпація невозможна по техническимъ условіямъ, она должна комбинироваться съ клиновидной резекціей или замѣняться ею. Частичныя формы зоба должны удаляться вылущеніемъ — энуклеаціей. Кэтгутъ, примѣняемый для перевязки сосудовъ и погружныхъ швовъ, имѣетъ весьма значительныя преимущества передъ шелкомъ. Въ пересадкѣ щитовидной железы по одному изъ способовъ, обезпечивающихъ наилучшую васкуляризацію (Kocher, Payr), имѣется, повидимому, надежное средство для излеченія послѣоперапіонной миксэдемы. У докладчика былъ случай внезапной смерти при strumectomi'и, причина— mors thymica. Лица, сохранившія gl. thymus, въ зрѣломъ возрастѣ подвержены опасности—умереть внезапно отъ наркоза или отъ какой-нибудь внѣшней причины (ванна, волненіе и т. п.). Секретъ gl. thymus токсически дѣйствуетъ на нервные центры, завѣдующіе сердечной дѣятельностью; кромѣ того возможно, что здѣсь играетъ роль уплощеніе трахеи вслѣдствіе механическаго давленія железы. Такъ какъ мы не умѣемъ при жизни обнаружить существованіе зобной железы, то мы не въ состояніи предупредить mors thymica. Остается только быть особенно осторожнымъ съ хлороформеннымъ наркозомъ. При съуженіи трахеи, опредѣляемомъ до или во время операціи, необходимо во всѣхъ случаяхъ дѣлать профилактически расширеніе трахеи подвѣшиваніемъ ея стѣнокъ. Хлороформированіе представляетъ особенно большую опасность при операціи зоба и, можно надѣяться, будетъ вытѣснено гедоналововенымъ наркозомъ.

Въ преніяхъ проф. Кадьянъ (Спб.) сообщаетъ свой случай пересадки gl. thyreoideae при myxoedema congenita. Пересадка 3-хъ кусочковъ (1-го въ костный мозгъ tibiae, 2-го подъ mammae, 3-го на peritoneum) дала сначала блестящіе результаты: myxoedema прошла, дѣвушка начала развиваться, рости и т. д. Но черезъ нѣсколько мѣсяцевъ улучшеніе остановилось, а черезъ годъ больная вернулась къ прежнему состоянію. Мельниковъ замѣчаетъ, что пересадка кусочковъ щитовидной железы, экспериментально произведенная на кроликахъ и собакахъ, не всегда даетъ хорошіе результаты; въ нѣкоторыхъ случаяхъ пересаженные кусочки разсасываются совсѣмъ черезъ 2—3 мѣсяца. Нуссенъ считаетъ увлеченіемъ приписывать заболѣваніямъ щитовидной железы такія болѣзни, какъ истерію, хлорозъ, неврастенію и т. п. Оппонентъ отмѣчаетъ случай излеченія отъ галлюцинацій и другихъ психическихъ разстройствъ душевно-больного, страдавшаго въ то же время Базедовой болѣзнью (послѣ strumectomia). Усовъ считаетъ, что двухлѣтняя давность существованія зоба не есть еще показаніе къ strumectomi'и, если зобъ не разстраиваетъ здоровья; тѣмъ болѣе, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ диссекреція является причиной разстройства функціи, результатъ операціи гадательный, часто временный. Гедройцъ считаетъ, что преждевременное хирургическое вмѣшательство нежелательно, при долгомъ выжиданіи опасность заключается въ возможности наступленія злокачественнаго перерожденія железы. Предсѣдатель также высказывается противъ широкихъ показаній къ strumectomi'и, такъ какъ это операція не невинная; указываетъ на трудность производства этой операціи при осложненіи асфиксіей.

Проф. В. А. Оппель (Спб.): **Къ вопросу о свободной пластикѣ нижней челюсти** (съ демонстраціей больного). Больному при удаленіи рака нижней губы была произведена радикальная операція— изсѣчена вся подбородочная область съ нижней челюстью (горизонтальная вѣтвь); языкъ висѣлъ надъ открытой полостью рта. Будучи не въ состояніи ни питаться, ни говорить, больной требовалъ пластической опе-

раціи. Докладчикъ создалъ горизонтальную вѣтвь челюсти изъ частей ключицы, вырѣзанныхъ съ каждой стороны и свободно пересаженныхъ въ musc. stern. - cleid. - mastoid. подъ угломъ другъ къ другу. Дно полости рта было создано изъ кожи передней части шеи. Обнаженная часть шеи закрыта кожей. (Сначала свободная пересадка по Krause, но, вслѣдствіе омертвѣнія пересаженной кожи и послѣдовательнаго рубцеванія, новая пересадка кожнаго лоскута на этотъ разъ на ножкѣ со стороны плеча). Операція была произведена въ нѣсколько пріемовъ. Въ результатѣ больной немного говоритъ и двигаетъ новообразованной нижней челюстью, обезображиваніе, произведенное первой радикальной операціей, значительно исправлено.

А. А. Абражановъ (Полтава): Къ патологіи и терапіи сведенія челюстей. Сведеніе челюстей можетъ быть двухъ родовъ: 1) внутрисуставное, вслѣдствіе заболѣванія и послѣдовательнаго анкилоза сустава и 2) внѣсуставное вслѣдствіе рубцовыхъ измѣненій щеки. Наиболѣе частой причиной рубцевыхъ измѣненій щеки является noma. Докладчикъ описываетъ случай такого сведенія челюстей послѣ noma. У больного было прободеніе щеки и пища принималась черезъ щель. Хирургъ Грубе произвелъ резекцію челюсти, но функція не была возстановлена. Затѣмъ больной въ продолженіе 19 лѣтъ принималъ пищу черезъ щель. Докладчикъ произвелъ слѣдующую операцію: идя черезъ ротъ, разсѣкъ костную спайку, благодаря чему освободилъ нижнюю челюсть, затѣмъ, прощупавъ твердое препятствіе ближе къ углу нижней челюсти, извлекъ 3 зуба. Далѣе расширилъ ротъ, выкроивъ изъ верхней и нижней губы два лоскута. Теперь больной свободно раскрываетъ ротъ. Такъ какъ анкилоза въ суставѣ не было, то разсѣченіе костной спайки освободило нижнюю челюсть.

---

23 апрѣля (вечеромъ).

Проф. Г. И. Турнеръ (Спб.): Леченіе косолапости. Согласно механической теоріи, происхожденіе pes varus зависитъ отъ неправильнаго положенія плода въ cavum uteri. Извѣстно, что плодъ стремится занять въ полости матки какъ можно меньше мѣста. Это вынужденное положеніе ребенокъ, должно быть по привычкѣ, сохраняетъ еще долго послѣ рожденія. При недостаточно просторномъ cavum uteri плоду приходится принимать очень стѣсненное положеніе, причемъ главнымъ образомъ страдаютъ нижнія конечности, стопа при этомъ часто принимаетъ положеніе pedis vari. Существуетъ связь между врожденной косолапостью и аномаліями половыхъ органовъ. Крипторхизмъ, монорхизмъ, hydrocele, hernia congenita и т. п. аномаліи являются постоянными спутниками pes varus. Аномаліи эти могутъ быть также объяснены давленіемъ во время внутриутробной жизни. Въ дѣлѣ образованія pes varus большую роль играютъ мягкія части—мышцы. Врожденная косолапость усиливается, когда ребенокъ начинаетъ ходить. Тяжесть тѣла при слабости мышцъ и связокъ способствуетъ образованію pes varus. Докладчикъ дѣлаетъ историческій

очеркъ леченія pes varus. Съ теченіемъ времени техника выпрямленія косолапой ступни дѣлается все смѣлѣе и грубѣе. На первый планъ выступаютъ кровавые способы исправленія косолапости, позволяющіе больному быстрѣе встать на ноги. Однако эти способы хотя и быстрые, даютъ не всегда хорошіе результаты и часто послѣдствіемъ ихъ являются рецидивы. Дѣло въ томъ, что леченіе косолапости должно производиться постепенно. Борьба съ измѣненіями въ кости должна отойти на второй планъ, такъ какъ главное вниманіе хирурга должно быть обращено на развитіе и укрѣпленіе соотвѣтствующихъ мышцъ. Съ этою цѣлью съ первыхъ же мѣсяцевъ жизни ребенка, страдающаго pes varus, надо примѣнять массажъ больной конечности. При началѣ ходьбы примѣняются гипсовыя повязки. Докладчикъ рекомендуетъ для исправленія косолапости ручную редрессацію. Аппаратъ Lorenz'a, дѣйствующій помощью винта, грубъ. Ручной аппаратъ-редрессаторъ докладчика вѣрнѣе можетъ передать наши движенія, а потому съ помощью его мы можемъ достигнуть лучшихъ результатовъ, не нанося чрезмѣрной травмы.

Докладъ сопровождался демонстраціей больныхъ, гипсовыхъ слѣпковъ и аппаратовъ-редрессаторовъ.

Гороховъ, на основаніи 100 случаевъ pes varus, высказывается за кровавый способъ леченія.

А. А. Глѣбовскій (Спб.): Къ вопросу о безкровномъ вправленіи врожденнаго вывиха тазобедреннаго сустава. Докладчикъ сообщаетъ о способѣ, практикуемомъ въ Ортопедическомъ Институтѣ въ Спб. Трудность вправленія зависитъ отъ возраста; у маленькихъ дѣтей форсированное вправленіе легко производится руками, у взрослыхъ—труднѣе. Необходимы предварительныя подготовительныя манипуляціи, какъ-то сгибаніе и отведеніе бедра, установленіе головки надъ acetabulum, тенотомія и міотомія и т. п. Подготовка продолжается около года. Гипсовыя повязки смѣняются черезъ 1 мѣсяцъ, причемъ каждая послѣдующая повязка усиливаетъ низведеніе ноги. Для того, чтобы во время леченія дать больному возможность ходить, въ гипсовую повязку вмазывается палка съ полосками желѣза, изогнутыми по гипсу. Производство одновременно двухсторонняго вправленія —трудно и неудобно для больного; лучше вправлять сначала одну, потомъ другую ногу. Леченіе ведется стаціонарно въ теченіе первыхъ 2 недѣль, затѣмъ амбулаторно 6 мѣс., причемъ больной ежемѣсячно показывается врачу. Докладъ сопровождался демонстраціей больныхъ и діапозитивовъ, подтверждающихъ благопріятные результаты примѣненнаго метода.

Г. Л. Альбрехтъ (Спб.): Патологія и леченіе hallux valgus. Этіологія hallux valgus еще недостаточно научно разработана; ношеніе нераціональной обуви (съ симметрично расположеннымъ и болѣе или менѣе узкимъ носкомъ) не служитъ исключительной причиной его. Леченіе hallux valgus у насъ не стоитъ на должной высотѣ, что, между прочимъ, служитъ причиной сравнительно рѣдкаго обращенія больныхъ къ врачебной помощи при означенномъ обезображиваніи. Для вытѣсненія изъ

употребленія нераціональной обуви требуется широкое ознакомленіе публики съ задачами раціональной обуви и настойчивость врачей. Выдавливаніе въ сапогѣ при hallux valgus углубленія для помѣщенія въ него выдающейся внутрь головки первой плюсневой кости, при остающемся нераціонально построенномъ сапогѣ, должно быть совершенно оставлено, такъ какъ эта мѣра, несомнѣнно, ведетъ къ болѣе свободному прогрессированію обезображиванія. При выборѣ метода леченія слѣдуетъ обращать особое вниманіе на степень отклоненія кнутри первой плюсневой кости, при болѣе рѣзко выраженномъ указанномъ отклоненіи уничтожать главнымъ образомъ его, послѣ чего довольно легко удается придать правильное положеніе и большому пальцу.

Ф. К. Веберъ (Спб.): О призрѣніи больныхъ съ костнымъ туберкулезомъ въ Петербургѣ. Леченіе костнаго туберкулеза должно быть по преимуществу климатически-діэтетически-ортопедическое; оперативное вмѣшательство должно примѣняться только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раціонально проведенное консервативное леченіе не приводитъ къ цѣли.

Помѣщеніе больныхъ съ костнымъ туберкулезомъ въ городскія больницы нераціонально, и эта нераціональность ясно видна изъ плачевныхъ результатовъ леченія костнаго туберкулеза въ городскихъ больницахъ С.-Петербурга при значительномъ процентѣ смертности, при ничтожномъ количествѣ полныхъ выздоровленій съ полнымъ возстановленіемъ работоспособности; большинство больныхъ, проле жавъ въ больницѣ въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени, стбятъ городу большихъ денегъ, выписываются изъ больницъ безъ улучшенія или съ небольшимъ улучшеніемъ, но далеко еще неспособными къ труду. Городское самоуправленіе должно придти къ убѣжденію, что тѣ большія средства, которыя ежегодно тратятся городомъ для призрѣнія больныхъ костнымъ туберкулезомъ, тратятся нераціонально и мало достигаютъ цѣли. Необходимо устраивать загородныя санаторіи. Подобныя хорошо оборудованныя санаторіи могутъ служить прекрасной школой для обученія врачей ортопедіи. До тѣхъ поръ, пока не осуществленъ планъ устройства загородныхъ санаторій, слѣдуетъ стремиться къ тому, чтобы больные круглый годъ могли пользоваться свѣжимъ воздухомъ въ больницахъ, снабженныхъ садами. Слѣдуетъ обратить большее вниманіе на амбулаторное леченіе костнаго туберкулеза; слѣдовало бы организовать спеціальные пріемы для костнаго туберкулеза, выдавая въ этихъ амбулаторіяхъ и денежныя пособія или питательныя вещества.

Проф. Вельяминовъ напомнилъ, что еще на IX Пироговскомъ съѣздѣ была вынесена резолюція о необходимости для успѣшной борьбы съ костнымъ туберкулезомъ проведенія въ жизнь всѣхъ тѣхъ мѣръ, которыя предлагаетъ докладчикъ. Гороховъ (Москва) указалъ на необходимость въ борьбѣ съ туберкулезомъ выдвинуть на первый планъ жилищный вопросъ, обратить вниманіе на недостатокъ въ лѣтнихъ школьныхъ колоніяхъ, которыя обслуживаютъ только 2% всѣхъ нуждающихся въ поправкѣ дѣтей. Слѣдуетъ разбить городъ на сѣть участковъ, поручивъ различнымъ попечительствамъ и благотворительнымъ обществамъ слѣдить за заболѣваніями туберкулезомъ въ каждомъ такомъ участкѣ. Зельдовичъ (Спб.) обращаетъ вниманіе на то, что большинство больныхъ страдаетъ туберкулезнымъ пораженіемъ колѣннаго сустава, а потому консервативному леченію не подлежитъ; послѣ кровавой операціи—резекціи—они на ногахъ уходятъ изъ больницы. Важно

поставить больныхъ въ лучшія условія во время послѣоперадіоннаго леченія, для этого необходимо устроить хирургическое отдѣленіе загородомъ.

Э. Ю. Остенъ-Сакенъ: Къ вопросу о такъ назыв. «болѣзна Шляттера». «Болѣзнь Шляттера»—легкое хроническое заболѣваніе, которое находится въ связи съ періодомъ окостенѣнія эпифизарнаго хряща большой берцовой кости и проходитъ безъ хирургическаго леченія. Происходитъ отторженіе клювовиднаго отростка верхняго эпифиза tibii, полное или неполное отторженіе tuberositas tibii. Различные авторы разно смотрятъ на причины этого явленія: одни считаютъ причиной нарушенія цѣлости tibii—травму, другіе ростъ, нѣкоторые считаютъ предрасполагающимъ моментомъ rachitis tarda. Вопросъ имѣется-ли тутъ травматическое повреждение или нѣтъ—является спорнымъ.

Г. А. Альбрехтъ (Спб.): Консервативный методъ леченія coxitis tuberculosae. Принципъ консервативнаго леченія coxitis tuberculosae: прочная и полная иммобилизація сустава, уничтоженіе сведеній и контрактуръ, а также уничтоженіе давленія головки бедра на acetabulum. Съ этой цѣлью практикуются вытяженіе и неподвижная повязка. Неприятной стороной вытяженія является необходимость для больного лежать въ постели, вслѣдствіе чего онъ лишенъ возможности дышать свѣжимъ воздухомъ. Въ смыслѣ иммобилизаціи сустава быстрый эффектъ даетъ хорошо наложенная гипсовая повязка. Такая повязка не должна быть тяжелой и громоздкой. Накладывая ее, недостаточно обматывать конечность бинтомъ—надо стараться вылѣпить контуры, прочно захватывая въ повязку весь тазъ; ватная подстилка не должна быть обильна; продольные ходы бинта укрѣпляютъ повязку и даютъ опору; лубки и шины искажаютъ правильную форму повязки, они могутъ быть замѣнены хорошо гнущейся проволокой. Во время накладыванія повязки необходимо равномѣрное потягиваніе конечности. При слабыхъ степеняхъ сведенія вытяженіе достигается легко, при сильныхъ контрактурахъ и у дѣтей надо накладывать повязку подъ наркозомъ. Первое время больныхъ надо держать въ постели, въ повязкѣ и на вытяженіи; когда болѣзненность прошла, то можно больнымъ разрѣшить ходить въ повязкѣ. Съ этого момента хорошо вести леченіе амбулаторно.

В. В. Дуранте (Спб.): Къ вопросу о снабженіи населенія ортопедическими аппаратами. Снабженіе больныхъ даже простѣйшими ортопедическими аппаратами находится у насъ въ чрезвычайно плачевномъ состояніи. Не только провинція, но и крупные медицинскіе центры сильно страдаютъ отъ нераціональной постановки этого дѣла. Все дѣло снабженія—въ рукахъ нѣсколькихъ мастеровъ, которые сами не обладаютъ никакими медицинскими познаніями и преслѣдуютъ только узко-коммерческую цѣль—наживу. Въ цѣляхъ правильной постановки дѣла было бы желательно устроить для снабженія населенія аппаратами небольшія мастерскія при центральныхъ учрежденіяхъ, какъ, напр., при губернскихъ земскихъ или при большихъ городскихъ больницахъ. Устройство такихъ мастерскихъ, не требуя большихъ затратъ, является дѣломъ вполнѣ осуществимымъ.

Вопросъ сводится къ тому, чтобы имѣть на мѣстахъ—у себя въ больницахъ—лицъ съ медицинскимъ образованіемъ, которые умѣли бы и сами изготовлять аппараты, и руководить этимъ дѣломъ; это могутъ быть не только врачи, но и фельдшера. Устройство при фельдшерскихъ школахъ спеціальныхъ отдѣловъ для обученія фельдшеровъ этому дѣлу крайне желательно. Необходима также болѣе широкая организація повторительныхъ курсовъ для медицинскаго персонала.

25 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. Б. Араповъ (Саратовъ).

М. И. Ростовцевъ (Юрьевъ) демонстрируетъ свой инструментъ для наложенія кишечнаго шва.

А. П. Алексѣевъ (Спб.): Методика при операціяхъ въ открытой грудной полости. Сдѣлавъ обзоръ хирургіи грудной клѣтки до открытія Sauerbruch'омъ оперированія въ разрѣженномъ воздухѣ, докладчикъ перешелъ къ описанію приборовъ для достиженія повышеннаго давленія въ легкихъ и для предотвращенія опаснаго пневмоторакса, главные изъ нихъ Brauer, Karewsky, Kuhn, Meyer, Brat; докладчикъ указалъ на важныя преимущества болѣе обширныхъ помѣщеній для головы, такъ какъ тогда лучше исчезаютъ хлороформенные пары и быстрѣе идетъ смѣна воздуха, докладчикъ говоритъ, что при употребленіи внутривеннаго наркоза напр. гедоналоваго, какъ употребляютъ въ клиникѣ С. П. Ѳедорова, всѣ аппараты одинаково хороши. Въ заключеніе докладчикъ показалъ устроенный имъ аппаратъ, дѣйствующій ручнымъ приводомъ.

В. Д. Соколовъ демонстрируетъ свой аппаратъ, принципъ котораго состоитъ въ томъ, что онъ даетъ возможность дышать при повышенномъ давленіи только одному оперируемому легкому. Аппаратъ имѣетъ значеніе при оперированіи гнойниковъ легкаго, эмпіемы и т. п.

А. Б. Араповъ (Саратовъ): Объ обезкровливаніи нижней половины тѣла по способу Momburg'a. Въ настоящее время лабораторными опытами и клиническими наблюденіями установлено, что сдавленіе брюшной аорты при помощи перетягиванія туловища резиновой трубкой по способу Momburg'a является вполнѣ допустимымъ при нѣкоторыхъ условіяхъ въ хирургической практикѣ и надежно предотвращаетъ кровотеченіе при тяжелыхъ операціяхъ на нижней половинѣ туловища (вылущеніе всей конечности съ половиной таза, удаленіе новообразованій тазовыхъ костей и т. п.). Наиболѣе примѣнимымъ способъ Momburg'a является, какъ методъ быстрой остановки кровотеченій при тяжелыхъ травмахъ на желѣзной дорогѣ, на войнѣ и при атоніи матки въ послѣродовомъ періодѣ. Опасность способа Momburg'a заключается въ рѣзкихъ колебаніяхъ кровяного давленія и въ чрезмѣрномъ напряженіи сердечной мышцы, а также въ возможности послѣдовательныхъ кровотеченій. Недостаточность сердечной дѣятельности и патологическія измѣненія въ стѣнкахъ кровеносныхъ сосудовъ составляютъ противопоказанія къ примѣненію способа Momburg'a.

разрыхленіемъ соединительной ткани и эксудаціей. Такое первичное разрушеніе клѣтокъ идетъ не только въ покровномъ эпителіальномъ слоѣ кожи, но и въ железахъ, сосудахъ, мышцахъ и даже отчасти въ соединительной ткани.

Linser и Baermann оспариваютъ мнѣніе Scholtz'а, утверждая, что не клѣтки эпителія первично поражаются лучами, а что первичное пораженіе разыгрывается въ кровеносныхъ сосудахъ, которые подъ вліяніемъ лучей расширяются, фибринъ сгущается и свертывается, являются тромбы и запустѣніе сосудовъ; разрушеніе же эпителія является процессомъ вторичнымъ.

Birsch-Hirschfeld признаетъ такой взглядъ одностороннимъ и даже невѣрнымъ и въ опроверженіе его приводитъ свои опыты, состоящіе въ освѣщеніи различными лучами спектра, въ томъ числѣ рентгеновскими и радіевыми, роговой оболочки глазного яблока, какъ совершенно лишенной кровеносныхъ сосудовъ и тѣмъ не менѣе все-таки представляющей полный циклъ дегенераціи эпителіальныхъ клѣтокъ.

Для выясненія этихъ противорѣчивыхъ результатовъ Halkin и Thiess предприняли рядъ провѣрочныхъ опытовъ съ дѣйствіемъ радія на кожу съ послѣдующимъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ каждой фазы дѣйствія радія, причемъ весь рядъ опытовъ сдѣланъ на кожѣ іоркширскихъ поросятъ, кожа которыхъ имѣетъ большое сходство съ кожей человѣка въ томъ отношеніи, что кровеносные сосуды кожи, которые у другихъ животныхъ развиты весьма слабо, у іоркширскихъ свиней, въ особенности молодыхъ, развиты въ такой степени, что представляютъ большое сходство съ кожей человѣка.

Halkin прикладывалъ молодому животному на кожу живота сильный препаратъ радія на 2 часа. По снятіи, при микроскопическомъ изслѣдованіи, въ теченіе первыхъ сутокъ измѣненій въ кожѣ никакихъ не найдено. По истеченіи же трехъ сутокъ краснота кожи становится видимой, а при микроскопическомъ изслѣдованіи уже отчетливо видно наполненіе капилляровъ и мелкихъ сосудовъ какъ въ нижнемъ (сосочковомъ) слоѣ эпидермы, такъ и въ верхнемъ слоѣ дермы, но безъ какого-либо существеннаго измѣненія стѣнокъ сосудовъ. По истеченіи же 7 дней становятся замѣтными первыя измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ, а именно набуханіе эндотелія и одновременное измѣненіе какъ въ стѣнкахъ базальнаго слоя эпидермы, такъ и въ нѣкоторыхъ соединительнотканныхъ клѣткахъ дермы. Послѣ 12 дней, измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ уже выражены рѣзко, на-лицо сильная вакуолизація клѣтокъ, уменьшеніе способности окрашиваться и исчезновеніе клѣточныхъ контуръ. Только теперь начинается постепенная инфильтрація коріума лейкоцитами, проникающими изъ коріума вверхъ, въ эпителіальный слой эпидермы. 2—3 недѣли спустя наступаетъ, наконецъ, некротическій процессъ эпидермы, начинаясь въ центрѣ пятна.

Эти изслѣдованія Halkin'а ясно показываютъ, что дѣйствіе радія

распространяется одновременно какъ на сосуды кожи, такъ и на слои ея, какъ на эпителіальный, такъ и на соединительнотканный. Расширеніе сосудовъ не носитъ воспалительнаго характера (какъ при ожогахъ, съ которыми радіодерматиты часто сравниваютъ), такъ какъ при этомъ нѣтъ эмиграціи лейкоцитовъ, а наступаетъ оно (расширеніе) вслѣдствіе поврежденія эндотелія стѣнокъ сосудовъ, которое точно также, какъ и поврежденіе эпителіальнаго слоя кожи — наступаетъ лишь спустя нѣсколько дней.

Слѣдуетъ еще отмѣтить, что, по наблюденіямъ Thiess'a, на артеріяхъ измѣненія болѣе рѣзко выражены, чѣмъ на венахъ; такая разница въ дѣйствіи зависитъ, по мнѣнію автора, отъ разницы содержанія газовъ въ обоихъ видахъ кожи. Въ чемъ, однако, должна выразиться роль газовъ при этомъ процессѣ, Thiess, къ сожалѣнію, никакого объясненія не даетъ.

Въ связи съ этими патологическими измѣненіями кожи, подъ вліяніемъ радіоактивныхъ веществъ, развиваются разные патологическіе процессы и въ сосѣднихъ съ кожей органахъ, а именно: въ соединительной ткани, въ связкахъ, хрящахъ и мышцахъ.

При болѣе интенсивномъ дѣйствіи лучей принимаетъ участіе въ реакціи также и соединительнотканный слой кожи. По наблюденіямъ Halkin'a и друг. клѣтки соединительной ткани претерпѣваютъ подобныя же измѣненія, какъ и клѣтки эпителіальнаго слоя, эпидермы. Весь соединительнотканный слой кожи, даже и мышцы могутъ подвергнуться при весьма интенсивной радіаціи полному некрозу.

Большого интереса заслуживаетъ то обстоятельство, что при примѣненіи радіоактивныхъ препаратовъ слабой интенсивности получается не разрушеніе, а, наоборотъ, возбужденіе клѣточныхъ элементовъ и усиленный ростъ ихъ.

Съ этой цѣлью Thiess продѣлалъ опыты надъ мышцами и фасціями морскихъ свинокъ. Онъ нашелъ, что при близкомъ разстояніи препарата радія въ соединительнотканныхъ клѣткахъ фасцій замѣчаются дегенеративные процессы, аналогичные вышеописаннымъ; но если радіемъ дѣйствовать на разстояніи, то скоро замѣчается образованіе молодыхъ фибробластовъ и скорый ростъ богатой ядрами соединительноклѣточной ткани, и спустя нѣкоторое время фасція утолщается. Такой же процессъ наблюдается и на мышечной ткани, въ особенности на ея межмышечной соединительнотканной оболочкѣ (perimysium). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по словамъ Thiess'a, гипертрофическій процессъ идетъ съ такой силой, что образуются неровности, набухлости гипертрофированной мышечной ткани, даже иногда хорошо прощупывающіяся подъ кожей.

Въ связи съ этими наблюденіями стоятъ также случайныя наблюденія Лондона, указывающаго на усиленный ростъ грануляціонной ткани у человѣка подъ вліяніемъ лучей радія *).

*) Это подтвердила и г-жа Горовицъ въ своей диссертаціи (Къ вопросу о біологическомъ дѣйствіи лучей радія. Спб. 1908). Прим. В. Г.

Секція IX. Горловыя, ушныя и носовыя болѣзни.

22 апрѣля (днемъ).

Засѣданіе открыто привѣтственной рѣчью завѣдующаго секціей проф. Н. П. Симановскаго.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ прив.-доц. А. Ѳ. Ивановъ (Москва).

А. Я. Галебскій (Спб.): О нижней и верхней фарингоскопіи. Нижняя фарингоскопія (Hypopharyngoskopia) стоитъ на границѣ между ларингоскопіей и эзофагоскопіей. Она должна примѣняться при заболѣваніяхъ нижней части глотки и верхнихъ частей пищевода и при показаніяхъ къ эзофагоскопіи, особенно въ случаяхъ попаданія инородныхъ тѣлъ въ пищеводъ. Докладчикъ пользуется для фарингоскопіи фарингоскопомъ Hays'а. Фарингоскопія приборомъ Hays'а превосходитъ, по мнѣнію докладчика, заднюю риноскопію. Докладчикъ изслѣдовалъ 150 человѣкъ и лишь въ 5 случаяхъ потребовались смазыванія кокаиномъ, въ остальныхъ случаяхъ анэстезированіе не примѣнялось. Приборъ Hays'а пригоденъ, по мнѣнію докладчика, для дидактическихъ цѣлей, давая возможность демонстраціи фарингоскопической картины значительному числу слушателей. Нѣкоторыхъ паціентовъ можно фарингоскопировать нѣсколько минутъ, не обременяя ихъ въ значительной степени. Недостаткомъ прибора является невозможность стерилизовать его (приходится мыть мыломъ и лизоломъ) и сравнительная дороговизна (цѣна прибора 60—65 рублей). Ожога отъ лампочекъ не получалось при соблюденіи нѣкоторыхъ предосторожностей (изслѣдованіе не дольше минуты, лампочка не касается слизистой). У дѣтей задняя риноскопія не удавалась. Докладчикъ демонстрировалъ отдѣльныя части прибора и примѣненіе его на больныхъ.

Въ преніяхъ приняли участіе Кочетовъ (Новоладожскій уѣздъ Спб. губ.), Захеръ (Спб.), Цытовичъ (Спб.), Воячекъ (Спб.). Цытовичъ указалъ, что онъ предпочитаетъ пользоваться сальпингоскопомъ, съ чѣмъ не согласились Воячекъ и предсѣдатель, указавшіе, что фарингоскопъ превосходитъ сальпингоскопъ.

В. И. Воячекъ (Спб.) демонстрировалъ примѣненіе бронхоскопической трубки Brünings'а для цѣлой отоскопіи. Въ дѣлѣ преподаванія отіатріи сильнымъ неудобствомъ является частая невозможность демонстрировать слушателямъ барабанную перепонку. Докладчикъ примѣнилъ для этой цѣли инструментъ Brünings'а, присоединивъ лишь къ нему насадку, вставляемую въ наружный слуховой проходъ. Приборъ этотъ даетъ возможность установить въ полѣ зрѣнія ограниченный участокъ барабанной перепонки.

В. И. Воячекъ (Спб.): О значеніи безмандринной эзофагоскопіи. Верхняя эзофагоскопія, несомнѣнно, равно какъ и бронхоскопія, должна быть отнесена въ область ларингологіи. Примѣняя эзофагоскопію, докладчикъ отдаетъ предпочтеніе безмандринной. При примѣненіи мандрина часто вслѣдствіе форсированнаго введенія инструмента теряется тактильное ощущеніе. Преимущество безмандринной эзофагоскопіи состоитъ также

въ томъ, что она производится подъ контролемъ зрѣнія. Докладчикъ разъясняетъ технику безмандринной эзофагоскопіи, указывая особенно на два обстоятельства: во-первыхъ, на то, что часто при введеніи эзофагоскопа вдругъ теряется просвѣтъ пищевода, что зависитъ отъ спазмотическаго сокращенія мышцъ шейной части пищевода. Въ случаѣ такого спазма выгоднѣе всего не форсировать введеніе инструмента, а отложить изслѣдованіе на слѣдующій разъ. Во-вторыхъ, ошибка часто заключается въ томъ, что берутъ широкія трубки. Выгоднѣе брать маленькій бронхоскопъ. Фарингоскопія, по v. Ecken, тоже даетъ возможность извлеченія инородныхъ тѣлъ подъ контролемъ зрѣнія. Здѣсь, однако, картина извращается зеркаломъ инструмента. Изслѣдованіе пищевода выгодно раздѣлить на два сеанса. Въ первомъ сеансѣ изслѣдуется верхній отдѣлъ пищевода въ сидячемъ положенія; изслѣдуется нижняя часть пищевода въ лежачемъ положеніи и съ примѣненіемъ мандрина.

Цытовичъ (Спб.) высказалъ предположеніе, что спазмъ верхняго отдѣла пищевода получается отъ недостаточной кокаинизаціи и считаетъ нецѣлесообразнымъ откладывать изслѣдованіе, такъ какъ оно сопряжено съ непріятными ощущеніями для паціента, и лучше сразу закончить изслѣдованіе, чѣмъ повторять его. Эзофагоскопія не даетъ тѣхъ результатовъ, какъ гипофарингоскопія, особенно при раковыхъ пораженіяхъ верхней части пищевода. Мандринъ при эзофагоскопіи нуженъ лишь для тѣхъ изслѣдователей, которые не владѣютъ въ совершенствѣ техникой бронхоскопіи.

М. Ѳ. Цытовичъ (Спб.): **Бронхоскопія въ дѣтскомъ возрастѣ.** Докладчикъ обращаетъ вниманіе на нѣкоторыя особенности бронхоскопіи у дѣтей. Прежде всего у дѣтей анэстезія не выступаетъ въ такой степени на первый планъ; дѣтей до 7 лѣтъ можно бронхоскопировать даже безъ всякой анэстезіи. Къ дѣтямъ старше 7 лѣтъ вслѣдствіе сильнаго сопротивленія съ ихъ стороны слѣдуетъ примѣнять хлороформный наркозъ. При извлеченіи инородныхъ тѣлъ наркозъ лучше всего производить въ боковомъ положеніи, такъ какъ, если голова откинута назадъ, инородное тѣло легко можетъ застрять въ голосовой щели и производитъ такимъ образомъ удушеніе. При боковомъ положеніи головы инородное тѣло встрѣчаетъ препятствіе въ голосовыхъ связкахъ. Если возникаетъ вопросъ, сдѣлать-ли трахеобронхоскопію сейчасъ или же обождать, то лучше всего сейчасъ же сдѣлать нижнюю трахеобронхоскопію, такъ какъ при этомъ можно употреблять болѣе широкія трубки и разстояніе отъ инороднаго тѣла являются укороченнымъ. У дѣтей гортанные полипы часто набухаютъ и даютъ картину удушенія. Бронхоскопія въ этихъ случаяхъ, устанавливая сущность страданія, дѣлаетъ излишней трахеотомію. Докладчикъ считаетъ верхнюю или нижнюю трахеобронхоскопію полезной также при дифтеріи трахеи. Терапевтическая трахеобронхоскопія продолжается 1—$1^1/_2$ часа и требуетъ особой обстановки. На обыкновенномъ столѣ почти невозможно оперировать и вслѣдствіе неудобнаго положенія страдаетъ техника. Докладчикъ сообщаетъ нѣсколько случаевъ изъ своей практики бронхоскопіи, производившейся какъ съ діагностической, такъ и съ терапевтической цѣлью. Положенія докладчика сводятся къ слѣдующему: 1) діагностическая бронхо- и трахеоскопія должна у дѣтей имѣть боль-

шое примѣненіе, чѣмъ у взрослыхъ, такъ какъ она часто можетъ замѣнить отсутствующій анамнезъ; 2) при затрудненномъ дыханіи слѣдуетъ дѣлать нижнюю трахеобронхоскопію; 3) при извлеченіи инородныхъ тѣлъ, если общія явленія отсутствуютъ, можно ограничиться верхней трахеобронхоскопіей, при наличности же общихъ явленій слѣдуетъ сразу приступить къ нижней трахеобронхоскопіи; 4) слѣдуетъ передъ операціей обезпечить себѣ надлежащую обстановку—высокій столъ и хорошую ассисентуру.

---

23 апрѣля (днемъ),

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ прив.-доц. С. С. Преображенскій (Москва).

А. Ѳ. Ивановъ (Москва): Голосъ и рѣчь безъ гортани. За послѣдніе три года у докладчика было много случаевъ частичнаго и почти полнаго удаленія хрящей гортани, такъ что отъ гортани оставалась только трубка, соединяющая глотку съ трахеей. Оперированные не лишались, однако, голоса и у нѣкоторыхъ онъ былъ даже вполнѣ чистъ. Докладчикъ различаетъ три категоріи людей, говорящихъ безъ гортани: въ первую категорію отнесены случаи съ нижнимъ дыханіемъ черезъ трахеотомическое отверстіе и съ беззвучной рѣчью, вторую категорію составляютъ случаи со звучной рѣчью и съ нижнимъ дыханіемъ, наконецъ, къ третьей категоріи отнесены ларингостомированные съ верхнимъ дыханіемъ. Въ случаяхъ первой категоріи возможна только согласная рѣчь, для которой достаточно небольшого количества выдыхаемаго воздуха. Докладчикъ установилъ при помощи спирометра, что на каждый звукъ такой рѣчи приходится все-таки 30 сан. воздуха. Нѣкоторые больные, приближая корень языка къ задней стѣнкѣ глотки, создаютъ такимъ образомъ узкое мѣсто, проходя черезъ которое, воздухъ производитъ звукъ. Въ другихъ случаяхъ создаются аналогичныя условія въ самой глоткѣ (тяжи, складки и т. д.). Наконецъ, у нѣкоторыхъ больныхъ роль колеблющейся струны играетъ пищеводъ. Случаевъ съ ларингостоміей у докладчика было 11; шесть изъ нихъ говорятъ хорошо. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи въ трехъ случаяхъ обнаружены при входѣ въ дыхательную трубку двѣ толстыя складки, совершавшія колебательныя движенія. У одной больной найдено рубцовое кольцо, черезъ которое проходилъ воздухъ. Докладчикъ демонстрируетъ фонетическія кривыя своихъ случаевъ; попытка получить фонографическую запись была безуспѣшна.

Воячекъ (Спб.) высказываетъ предположеніе, что голосъ безгортанныхъ больныхъ потому не регистрируется фонографомъ, что состоитъ только изъ высокихъ формантъ. Высокіе форманты и при нормальномъ голосѣ плохо регистрируются фонографомъ, напротивъ, низкіе—хорошо. Регистрирующій приборъ слишкомъ несовершененъ, чтобы записать такія тонкія вибраціи, человѣческое же ухо, будучи лучшимъ анализаторомъ, улавливаетъ ихъ. На вопросъ Цытовича (Спб.), были-ли въ числѣ ларингостомированныхъ случаи туберкулеза и рака и какъ долго продолжалось леченіе рака, докладчикъ поясняетъ, что случаи его касаются лишь хондритовъ и перихондритовъ. Разъясненія попросилъ также Скляровъ (Одесса).

Л. О. Свержеевскій (Москва): Заболѣванія слезопроводящихъ путей носового происхожденія. Изъ 189 изслѣдованныхъ

случаевъ заболѣванія слезопроводящихъ путей лишь 31 были свободны отъ патологическихъ измѣненій въ носу. Свои 189 случаевъ докладчикъ раздѣляетъ по тяжести заболѣванія на 4 группы: 1) случаи съ простымъ слезотеченіемъ, 2) случаи съ измѣненіемъ слизистой оболочки, 3) съ измѣненіями, охватывающими также и капсулу, 4) съ измѣненіями также и со стороны костей. При простомъ слезотеченіи (1-я группа) въ носу обнаруживался ринитъ и другія легкія измѣненія. При сильныхъ пораженіяхъ слезопроводящихъ путей (3-я и 4-я группы) обнаруженъ былъ сифилисъ носа и заболѣваніе полостей. Тѣ 31 случай, гдѣ не было никакихъ измѣненій со стороны носа, цѣликомъ относились въ первую группу—простого слезотеченія. На основаніи всего этого докладчикъ усматриваетъ несомнѣнную этіологическую связь въ нѣкоторыхъ случаяхъ заболѣваній слезопроводящихъ путей съ заболѣваніями носа, хотя отнюдь не причисляетъ себя къ числу тѣхъ, кто всѣ заболѣванія слезопроводящихъ путей и глаза ставитъ въ связь съ пораженіями носа.

Нѣсколько замѣчаній было сдѣлано проф. Симановскимъ и Трапезанцевымъ (Спб.).

М. А. Самойленко (Харьковъ): Объ оперативномъ леченіи деформированной носовой перегородки. Хирургическіе методы леченія докладчикъ дѣлитъ на слѣдующія группы: 1) простое исправленіе, ортопедическій некровавый методъ, 2) методы, имѣющіе цѣлью дать возможность прохожденія воздуха черезъ закрытый носовой ходъ, 3) исправленіе перегородки по предварительномъ раздробленіи деформированнаго мѣста—методъ кроваво-ортопедическій, 4) удаленіе деформированнаго мѣста и 5) электролитическій методъ. Первый и второй способы докладчикъ называетъ методами кажущагося излеченія и ихъ не примѣняетъ. При резекціи деформированнаго мѣста докладчикъ удаляетъ именно столько, сколько нужно для исправленія искривленія. Для тампонады употреблялись ватные тампоны, смоченные въ борный вазелинъ. Тампонада имѣла цѣлью не удержаніе перегородки въ правильномъ положеніи, а лишь остановку кровотеченія. У стаціонарныхъ больныхъ тампоны удалялись къ вечеру, у амбулаторныхъ же черезъ 1—2 дня. Относительно уклоненія кончика носа докладчикъ постоянно наблюдалъ улучшеніе послѣ операціи—однако, неполное, и паціенты не всегда удовлетворялись косметическимъ результатомъ. Продолжительность резекціи была у докладчика вначалѣ 1 часъ, затѣмъ нѣсколько меньше. Послѣопераціонная регенерація хряща была, по мнѣнію докладчика, полная. Изъ осложненій у докладчика на 150 оперированныхъ случаевъ было 5 перфорацій, 3 раза ангина въ нетяжелой формѣ, одинъ разъ сильное кровотеченіе. Другіе авторы (напр. Horn) наблюдали острое воспаленіе средняго уха, мастоидитъ, перихондритъ и даже западеніе носа.

Воячекъ (Спб.) указалъ, что при подслизистой резекціи регенерація хряща во многихъ случаяхъ не происходитъ, между тѣмъ она необходима для сохраненія плотности перегородки. Плотность носовой перегородки пріобрѣтаетъ особое значеніе въ виду отрицательнаго давленія въ носовой полости. Неплотная перегородка легко втягивается при дыханіи и можетъ закрыть носовой проходъ. Относительно размѣровъ резекціи Воячекъ полагаетъ, что нужно удалять не весь деформиро-

ванный хрящъ, а лишь столько, сколько нужно для устраненія явленій, затрудняющихъ больного, и что выгоднѣе удалять маленькую часть перегородки, чѣмъ большую. Послѣ большихъ резекцій нерѣдки непріятныя осложненія. Ивановъ и Цытовичъ, напротивъ, считаютъ, что лучше принять за правило удалять все искривленное. Для тампонады Цытовичъ совѣтуетъ губку по Brünings'у. Марковичъ (Спб.) указываетъ, что при амбулаторномъ производствѣ операціи нужно требовать извѣстнаго санитарно-гигіеническаго минимума, такъ какъ резекція является операціей далеко не безразличной, какъ въ смыслѣ возможности кровотеченія, такъ и послѣдующаго зараженія. Эзеръ (Спб.) совѣтуетъ употреблять для тампонады дренажъ, обвитый марлей.

24 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ прив.-доц. Л. О. Свержеевскій (Москва).

М. Ѳ. Цытовичъ (Спб.): Показанія къ вскрытію сосцевиднаго отростка при острыхъ воспаленіяхъ средняго уха. Діагнозъ мастоидита въ рѣзко выраженныхъ «вульгарныхъ», по выраженію докладчика, случаяхъ легко ставится на основаніи явныхъ симптомовъ, какъ припухлость, оторрея, повышеніе температуры. Распознаваніе становится труднымъ, когда процессъ переходитъ въ скрытую форму. Характерна здѣсь ничтожная болѣзненность. Болѣзненность нужно изслѣдовать не на planum mastoideum, какъ это обыкновенно дѣлается, а на incisura mastoidea, на мѣстѣ прикрѣпленія грудино-ключично-сосковой мышцы, и не концомъ пальца, а мякотью его. Полезно сравнить результаты на обѣихъ сторонахъ. Нѣкоторое указаніе можно получить также и отъ просвѣчиванія. Докладчикъ обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что бываютъ случаи мастоидита, гдѣ нѣтъ никакихъ измѣненій со стороны средняго уха и барабанной перепонки. У докладчика было болѣе сорока такихъ случаевъ. Абсолютными показаніями къ вскрытію сосцевиднаго отростка докладчикъ считаетъ: фистулу proc. mastoidei, поднадкостничный абсцессъ, если нѣтъ при этомъ пораженія ушной раковины и наружнаго слухового прохода, опущеніе задневерхней стѣнки наружнаго слухового прохода и выпячиваніе барабанной перепонки, обильное гноетеченіе изъ средняго уха и болѣзненность, парезъ лицевого нерва, парезъ nervi abducentis и констатированіе въ истеченіи изъ уха streptococcus mucosae. Показаніемъ къ вскрытію является также безуспѣшное, долгодневное противовоспалительное леченіе и, конечно, абсолютно показываютъ вскрытіе внутричерепныя осложненія. Положенія доклада сводятся въ общихъ чертахъ къ слѣдующему: 1) острый мастоидитъ есть первая ступень всѣхъ осложненій (хронич. форма, внутричерепныя явленія) и потому требуетъ самаго тщательнаго отношенія и широкаго вмѣшательства; 2) опытъ показываетъ, что мастоидитъ, т. е. osteitis proc. mastoidei, не способенъ къ самоизлеченію; 3) при всѣхъ пораженіяхъ средняго уха слѣдуетъ внимательно изслѣдовать сосцевидный отростокъ и имѣть въ виду, что часто при воспаленіяхъ его на барабанной перепонкѣ нѣтъ никакихъ измѣненій.

Жуковъ (Спб.) указываетъ, что среди матеріала Николаевскаго военнаго госпиталя ему часто приходилось наблюдать скрыто протекавшіе случаи мастоидита съ субфебрильной температурой и незначительной болѣзненностью области сосце-

виднаго отростка, причемъ при операціи находимы были значительныя разрушенія сосца. Соколовъ (Спб.) указываетъ, что болѣзненность области сосцевиднаго отростка у дѣтей трудно установить по той причинѣ, что уже само испытаніе болѣзненности пугаетъ ихъ и причиняетъ боль. Оппонентъ—сторонникъ ранней операціи мастоидитовъ у дѣтей, особенно при происходящихъ отъ инфекціонныхъ заболѣваній. Преображенскій (Москва) обращаетъ вниманіе на то, что показанія для операціи при мастоидитѣ должны быть точныя, при послѣскарлатинномъ мастоидитѣ можно оперировать любой случай, въ нѣкоторыхъ же другихъ случаяхъ можно ожидать успѣха и отъ консервативнаго лечeнія. Ивановъ (Москва) замѣтилъ, что въ Россіи въ настоящее время сказывается тенденція расширить рамки оперативнаго вмѣшательства, на Западѣ между тѣмъ уже съуживаютъ показанія къ операціи. Вертъ (Спб.) совѣтуетъ для цѣлей распознаванія мастоидита употреблять симметрическое просвѣчиваніе посредствомъ двухъ лампочекъ, изъ коихъ одна вводится въ слуховой проходъ на больной сторонѣ, другая на здоровой.

С. С. Преображенскій (Москва): Значеніе леченія Евстахіевыхъ трубъ при хроническихъ и рецидивирующихъ оторреяхъ. Докладчикъ указываетъ на то обстоятельство, что ни въ учебникахъ отіатріи, ни въ патологической анатоміи не встрѣчается указаній на то, что Евстахіева труба можетъ быть причиной оторреи, говорится лишь объ ея участіи въ процессѣ. Между тѣмъ наблюденія докладчика приводятъ его къ убѣжденію, что во многихъ случаяхъ оторреи Евстахіева труба играетъ роль этіологическаго фактора. Докладчикъ придаетъ поэтому существенное значеніе леченію Евстахіевыхъ трубъ при неподдающихся обычному леченію и рецидивирующихъ оторреяхъ. Изъ лечебныхъ методовъ докладчикъ предпочитаетъ вибраціонный; гдѣ нѣтъ электрической установки, тамъ мѣсто употреблять простой массажъ съ хорошимъ успѣхомъ. Выводы доклада въ главнѣйшихъ чертахъ сводятся къ слѣдующему: 1) воспалительныя измѣненія Евстахіевыхъ трубъ не всегда исчезаютъ подъ вліяніемъ леченія барабанной полости и обусловливаютъ такимъ образомъ длительность оторрей; 2) эти измѣненія могутъ состоять, какъ въ нагноеніи, такъ и въ другихъ воспалительныхъ процессахъ и даже только въ разстройствѣ кровообращенія; 3) зловонная оторрея возможна отъ нагноенія въ нелеченной Евстахіевой трубѣ; 4) воспалительныя измѣненія въ трубахъ не всегда исчезаютъ съ прекращеніемъ оторреи и поэтому рецидивы возможны не только отъ незажившей перфораціи барабанной перепонки и процессовъ въ носу, но и отъ оставшихся въ трубѣ измѣненій.

Захеръ (Спб.) полагаетъ, что и леченіе носа во многихъ случаяхъ оторреи, и катарровъ средняго уха можетъ оказать существенную услугу. Цытовичъ (Спб.) не согласенъ съ тѣмъ, что гнойное выдѣленіе изъ уха можетъ зависѣть отъ измѣненій въ Евстахіевыхъ трубахъ. Эти измѣненія только обостряютъ и поддерживаютъ процессъ, истинной же причиной является во многихъ случаяхъ caries маленькой косточки или antrum.

В. А. Лійкъ (Спб.): О безтампонномъ леченіи послѣ радикальной операціи уха. Докладчикъ уже 5 лѣтъ съ хорошимъ результатомъ примѣняетъ безтампонный способъ и считаетъ, что въ опытныхъ рукахъ этотъ способъ имѣетъ существенное преимущество передъ тампоннымъ способомъ, значительно сокращая продолжительность послѣоперaціоннаго леченія. Продолжительность леченія у докладчика была— мѣсяца два. Въ литературѣ по этому вопросу царитъ значительное разногласіе, однако, многіе авторы, бывшіе прежде на противной сторонѣ,

какъ проф. Lange, въ настоящее время уже склоняются въ сторону безтампоннаго леченія.

Эзеръ (Спб.) воспользовался безтампоннымъ способомъ въ десяти случаяхъ. Самочувствіе пользованныхъ по этому методу больныхъ было прекрасное и эпидермизація раневой поверхности шла отнюдь не медленнѣе, даже скорѣе. Цытовичъ (Спб.) указываетъ, что опытъ его съ безтампоннымъ способомъ приводитъ къ среднему заключенію. Наиболѣе цѣлесообразной является рыхлая тампонада. Грануляцій никогда не приходилось ни прижигать, ни удалять. Воячекъ (Спб.) считаетъ, что послѣдовательное леченіе сравнительно мало вліяетъ на результатъ радикальной операціи. Конечно, тугая тампонада безусловно вредна, но рыхлой тампонады нельзя избѣжать. Выдѣленія настолько обильны, что необходимо примѣнить какой-нибудь способъ, облегчающій ихъ оттокъ. Фельдбергъ (Спб.) пользовалъ по безтампонному способу 8 случаевъ и пришелъ къ неблагопріятному для этого способа выводу, особенно въ виду пониженія слуха. Въ настоящее время Фельдбергъ предпочитаетъ рыхлую тампонаду. На одной паціенткѣ съ двухсторонней операціей былъ сдѣланъ сравнительный опытъ: въ результатѣ на тампонированномъ ухѣ слухъ не понизился, на пользованномъ по безтампонному методу сказывалось значительное пониженіе. Гликманъ (Казань) указываетъ, что и при тампонномъ леченіи выздоровленіе наступаетъ черезъ 8—10 недѣль, такъ что не видно преимущества въ этомъ отношеніи безтампоннаго способа леченія. Личкусъ (Спб.) видѣлъ въ 4 случаяхъ, пользованныхъ по безтампонному способу, пониженіе слуха и въ 3 случаяхъ измѣненіе конфигураціи раны. Докладчикъ поясняетъ, что рыхлая тампонада есть въ сущности говоря безтампонная, потому что глубокія мѣста при этомъ не тампонируются. Но тампонада вообще вовсе не является безусловно необходимой. При тампонномъ леченіи выздоровленіе наступаетъ черезъ 2 мѣсяца лишь въ исключительныхъ случаяхъ, при пользованіи же по безтампонному методу этотъ срокъ является обычнымъ.

Н. М. Асписовъ (Спб.): Къ вопросу о вліяніи радикальной операціи на функцію слуха и вестибулярнаго аппарата. Докладчикъ изслѣдовалъ вліяніе радикальной операціи на 51 случаѣ и нашелъ въ 52% улучшеніе на шопотную рѣчь, въ 30% измѣнившійся слухъ и въ 10% случаевъ ухудшеніе. Анализируя данныя объективнаго изслѣдованія, докладчикъ приходитъ къ выводу, что слухъ послѣ радикальной операціи улучшается при слѣдующихъ условіяхъ: 1) когда верхняя граница нормальна; 2) острота слуха на шопотъ не превышаетъ одного метра; 3) вестибулярный аппаратъ сохраняетъ нормальную функцію и 4) костная перцепція не укорочена. Слухъ остается неизмѣнившимся послѣ операціи въ тѣхъ случаяхъ 1) когда верхняя и нижняя границы значительно укорочены; 2) укорочена костная перцепція и 3) вестибулярный аппаратъ патологически измѣненъ. Слухъ ухудшается послѣ операціи, если шопотъ до операціи былъ слышенъ на разстояніи болѣе одного метра, хотя бы функція вестибулярнаго аппарата была нормальна. Ухудшеніе наступаетъ также во всѣхъ случаяхъ, гдѣ до операціи острота слуха была очень хороша. Радикальная операція, сама по себѣ, если она производилась lege artis, не оказываетъ вліянія на вестибулярный аппаратъ.

25 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. М. Соколовъ (бригадный врачъ 3-й Саперной бригады).

В. И. Воячекъ (Спб.): Современное состояніе вопроса о количественномъ изслѣдованіи неслуховой функціи лаби-

ринта. Докладчикъ указываетъ, что современные способы количественнаго изслѣдованія либо измѣряютъ величину раздраженія при постоянной реакціи, либо величину реакціи при постоянномъ раздраженіи. Для этого употребляются два способа: способъ вращенія и способъ калоризаціи. Количественное центрифугированіе, введенное 15 лѣтъ тому назадъ С. Ф. Штейномъ, разработано въ настоящее время Barany, и объективная реакція является здѣсь въ видѣ нистагма. Полукружные каналы реагируютъ не только на угловое ускореніе, но и на количество раздраженія. Сила реакціи измѣряется разницей въ скорости эндолимфы и канала или отставаніемъ эндолимфы отъ стѣнокъ канала. Вращеніе не даетъ, однако, возможности изслѣдовать отдѣльно правый и лѣвый лабиринты. Калорическій методъ, по мнѣнію докладчика, не пригоденъ для количественнаго изслѣдованія. Калоризація посредствомъ холоднаго воздуха также неудовлетворительна.

Цытовичъ (Спб.) указываетъ, что хотя калорическая реакція и не даетъ личныхъ результатовъ въ лабораторіи, но для клиники она достаточна и необходима. Вильчуръ (Спб.) полагаетъ, что нужно считаться какъ съ временемъ наступленія, такъ и со степенью продолжительности реакціи.

Н. М. Асписовъ (Спб.): Изслѣдованіе функціи вестибулярнаго аппарата при помощи охлажденнаго воздуха. Докладчикъ указываетъ на несовершенство калоризаціи водою, способъ этотъ является въ сущности промываніемъ уха, которое, однако, во многихъ случаяхъ противопоказано. Съ помощью конструированнаго докладчиками прибора можно производить калорическую реакцію воздухомъ, охлажденнымъ до $+5^{\circ}$ С. Воздухъ можно сдѣлать стерильнымъ и обезпложеннымъ. Такое изслѣдованіе легко переносится, не вызываетъ раздраженія и гарантируетъ отъ инфекціи. Докладъ сопровождался демонстраціей прибора и его дѣйствія.

В. И. Воячекъ (Спб.): Объ изслѣдованіи нистагма при помощи записывающихъ приборовъ. Точное и полное понятіе о характерѣ нистагма и о томъ, относится-ли онъ къ типу дергающаго или качательнаго нистагма, можно получить лишь при помощи регистраціи. Самымъ лучшимъ способомъ регистраціи является фотографическій, позволяя легко увеличивать масштабъ кривой и анализировать нистагмъ по плоскостямъ. Кромѣ того свѣтовой лучъ является идеальнымъ записывающимъ рычагомъ безъ прогиба и безъ вѣса. Нистагмографія можетъ оказать существенныя услуги для опредѣленія лабиринтнаго и нелабиринтнаго происхожденія нистагма. Послѣдній вопросъ еще особенно мало разработанъ. Докладъ сопровождался демонстраціей нистагмограммъ и ихъ анализомъ. Изслѣдованія докладчика приводятъ его къ убѣжденію, что спонтанный нелабиринтный нистагмъ, такъ же какъ и лабиринтный, составляется изъ дергающихъ колебаній, и что положеніе, будто нелабиринтный нистагмъ носитъ качательный характеръ, не подтверждается.

М. Θ. Цытовичъ: Травматическіе лабиринтиты. Причиной травматическаго лабиринтита могутъ быть травмы черепа, ударъ

въ ухо, даже сильные звуки. Разрывъ барабанной перепонки при травмѣ является въ смыслѣ возникновенія лабиринтита моментомъ благопріятнымъ для субъекта, такъ какъ часть силы теряется при этомъ на разрывъ перепонки. Объективными признаками лабиринтита можно считать наступающій послѣ черепной травмы парезъ лицевого нерва, положительный фистульный симптомъ и реактивныя движенія. У докладчика было 9 случаевъ лабиринтита послѣ травмы. Нерѣдко травматическій лабиринтитъ протекаетъ подъ видомъ простой тугоухости и длится тогда очень долго. Въ смыслѣ пониженія работоспособности травматическій лабиринтитъ является тяжелымъ поврежденіемъ.

М. Ѳ. Цытовичъ (Спб.): Невриты n. octavi. Невриты слухового нерва встрѣчаются при аутоинтоксикаціяхъ, при туберкулезѣ, ракѣ, при отравленіи алкоголемъ. По нѣкоторымъ литературнымъ даннымъ поражается главнымъ образомъ n. cochlearis, a n. vestibularis страдаетъ въ меньшей степени. По наблюденіямъ докладчика это обстоятельство не подтверждается. Для алкогольнаго неврита является характернымъ выпаденіе нижней тонскалы, хотя нѣсколько страдаетъ и болѣе высокая часть. Для выясненія характера неврита слѣдуетъ всегда составлять слуховой рельефъ.

П. П. Шевелевъ (Спб.): Риханотрепанъ и его примѣненіе въ отіатріи. Докладчикъ демонстрируетъ риханотрепанъ системы проф. Делицина (Врачебная Газета 1907 г.), употребляемый, съ нѣкоторымъ видоизмѣненіемъ конструкціи, въ клиникѣ проф. Симановскаго. Преимущества трепана сист. проф. Делицина заключаются главнымъ образомъ въ незагрязненіи раны костными осколками и опилками и въ отсутствіи опасности раненія твердой мозговой оболочки.

26 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ М. А. Самойленко (Харьковъ).

П. А. Осокинъ (Спб.): Къ вопросу о высокомъ небѣ въ связи съ гипертрофіей глоточной миндалины и другими причинами ротового дыханія. Высокое небо одни авторы объясняютъ ротовымъ дыханіемъ, другіе прирожденнымъ состояніемъ—узкимъ и высокимъ лицомъ—лептопрозопіей. Для объясненія связи между ротовымъ дыханіемъ и высокимъ небомъ приводится нѣсколько теорій: теорія давленія на верхнюю челюсть со стороны сокращенной мускулатуры щекъ при полуоткрытомъ ртѣ, теорія отсталости въ ростѣ носовой полости и, наконецъ, теорія давленія воздушной струи. Докладчикъ ставитъ высокое небо въ связь съ ротовымъ дыханіемъ и въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ не могъ установить причинной зависимости высокаго неба отъ лептопрозопіи. Всего изслѣдовано 240 дѣтей, изъ нихъ 100 мальчиковъ Гатчинскаго Сиротскаго Дома, остальные въ клиникѣ проф. Симановскаго. Ротовое дыханіе найдено среди мальчиковъ Гатчинскаго Института въ 25 % случаевъ, а среди матеріала клиники проф. Симановскаго въ 45%.

Докладчикъ нашелъ также, что небо становится болѣе высокимъ въ зависимости отъ развитія аденоидъ. Даже и при носовомъ дыханіи аденоиды способствуютъ развитію высокаго неба.

Гавриловъ (Самара) отмѣчаетъ, что въ концѣ осени—именно въ то время, когда докладчикъ производилъ свои изслѣдованія, ротовое дыханіе вслѣдствіе увеличенія числа катарральныхъ заболѣваній и инфлуэнцы значительно учащается. Онъ не считаетъ возможнымъ ставить развитіе высокаго неба въ связь съ ротовымъ дыханіемъ и аденоидами. Въ Самарѣ среди большаго матеріала учащихся высокое небо попадается очень рѣдко, между тѣмъ аденоиды встрѣчаются въ 50% случаевъ. 240 случаевъ докладчика не могутъ служить матеріаломъ достаточнымъ для обоснованныхъ выводовъ. Цытовичъ (Спб.) полагаетъ, что сущность не въ числѣ случаевъ, а въ детальномъ изслѣдованіи ихъ, и что 240 лично изслѣдованныхъ докладчикомъ случаевъ позволяютъ сдѣлать нѣкоторыя заключенія. Ротовое дыханіе зависитъ не отъ одной лишь величины аденоидъ, но также и отъ расположенія ихъ и индивидуальной плотности.

М. Ѳ. Цытовичъ (Спб): Леченіе заболѣваній уха фарадическимъ токомъ. При пораженіяхъ нервнаго аппарата докладчикъ употребляетъ слабый токъ, при хроническихъ катаррахъ и отосклерозѣ болѣе сильный. Если электроды вставлены правильно, то больной чувствуетъ внутри уха дрожаніе, зависящее отъ сокращенія m. tensor tympani. У больныхъ съ радикальной операціей уха это ощущеніе отсутствуетъ. Докладчикъ считаетъ, что сущность дѣйствія тока заключается въ воздѣйствіи на m. tensor tympani. Сократительность его и аккомодативная сила улучшается—это выражается на улучшеніи кровообращенія въ ухѣ. Фарадизація вліяетъ также и на нервный аппаратъ, но это ея дѣйствіе не столь существенно. Примѣненіе фарадизаціи продолжается 6—8 недѣль. При отосклерозѣ замѣчается улучшеніе, длящееся мѣсяца два, выражается оно въ уменьшеніи непріятныхъ субъективныхъ ощущеній и въ повышеніи слуха. Фарадизація при отосклерозѣ должна вытѣснить продуванія по Politzer'у, которыя приносятъ лишь вредъ.

Проф. Верховскій (Спб.) считаетъ, что фарадическій токъ дѣйствуетъ главнымъ образомъ на слизистыя оболочки и что въ этомъ именно, а не во вліяніи на кровообращеніе черезъ улучшеніе сократительности m. tensoris tympani заключается его значеніе. Примѣненіе фарадизаціи при отосклерозѣ онъ считаетъ вреднымъ. Важно, чтобы m. tensor tympani не функціонировалъ, если желаютъ задержать развитіе отосклероза. Всякое усиленіе функціи его приноситъ лишь вредъ. Продуванія по Politzer'у имѣютъ ту же отрицательную сторону. Воячекъ (Спб.) наблюдалъ при отосклерозѣ субъективныя улучшенія подъ вліяніемъ фарадизаціи, однако, въ рѣдкихъ случаяхъ. Гавриловъ (Самара), считая продуванія вреднымъ способомъ, уже давно пользуется фарадизаціей и видѣлъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ временное улучшеніе. Нѣкоторыхъ разъясненій попросили у докладчика Вильчуръ и Гликманъ.

Л. И. Недлеръ (Спб.): Кривошея, какъ осложненіе послѣ операціи удаленія аденоидныхъ разрощеній. Осложненіе это наблюдалось за послѣднія 8 лѣтъ въ клиникѣ проф. Верховскаго всего въ двухъ случаяхъ—въ одномъ изъ нихъ кривошея продолжалась 5 дней, въ другомъ 4 дня. Въ литературѣ имѣются указанія о нѣсколькихъ случаяхъ этого осложненія. Причиной кривошеи докладчица считаетъ раздраженіе добавочнаго нерва припухшими лимфатическими железами.

Цытовичъ (Спб.) указываетъ что ему извѣстно нѣсколько случаевъ, между прочимъ одинъ, кончившійся смертью. Розенталь (Спб.) замѣчаетъ, что при заглоточныхъ нарывахъ у дѣтей нерѣдко встрѣчается преходящая кривошея.

М. Ѳ. Цытовичъ (Спб.): Къ леченію тонзиллитовъ. Докладчикъ

предпочитаетъ консервативный способъ леченія тонзиллитовъ, считая полное удаленіе миндалинъ, имѣющихъ назначеніе быть задержкой для микроорганизмовъ, не безразличнымъ для дѣтей. Выжиганіе докладчикъ примѣняетъ лишь у взрослыхъ, у дѣтей оно трудно выполнимо. Въ послѣднее время докладчикъ примѣняетъ массажъ миндалинъ съ хорошимъ результатомъ. Методъ этотъ еще мало примѣнялся, въ литературѣ имѣются лишь два упоминанія.

Волчекъ (Спб.) считаетъ единственно правильнымъ способомъ — хирургическій. Гавриловъ (Самара) наблюдалъ, что пробки появляются періодически и больше при сидячемъ образѣ жизни.

М. А. Самойленко (Харьковъ): О деформаціи мягкаго неба врожденнаго происхожденія. Докладчикъ сообщаетъ о семи случаяхъ деформаціи мягкаго неба, которыя онъ считаетъ тератоидными страданіями. Докладчикъ различаетъ три группы: 1) тѣ деформаціи, въ которыхъ наблюдался усиленный ростъ окружающей ткани, 2) тѣ случаи, въ которыхъ ростъ окружающей ткани былъ замедленъ, и 3) неправильности самаго неба.

Секція X. Акушерство и женскія болѣзни.

22 апрѣля (днемъ).

Засѣданіе открывается привѣтственной рѣчью завѣдующаго секціей проф. П. Т. Садовскаго.

Почетнымъ предсѣдателемъ секціи избранъ проф. А. Н. Соловьевъ (Смоленск. губ.), членъ-учредитель Пироговскаго Общества.

Ф. Н. Ильинъ (Спб.): 67 случаевъ скополаминъ-морфійной анэстезіи въ Императорскомъ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ. Въ виду существующаго разногласія по вопросу о скополаминъ-морфійной анэстезіи докладчикъ произвелъ испытаніе этого метода по предложенію проф. Отта на 67 роженицахъ въ Пов.-Гин. Институтѣ. Для впрыскиванія употреблялись таблетки фирмы Park Davis, заключающія по 0,00065 scopolamini hydrobromici. Къ сожалѣнію, препаратъ этотъ запрещенъ къ ввозу въ Россію. Растворъ приготовлялся каждый разъ ex tempore, причемъ брались 6 таблетокъ на 12,0 дестиллир. воды. 1 шприцъ такого раствора заключаетъ въ себѣ 0,0003 scop. hydrobromici. Морфій впрыскивался отдѣльно (in ampullis Poehl по 0,01). Первое впрыскиваніе производилось такимъ образомъ: scopolamini hydrobromici 0,0003 + morphi muriat. 0,01. Черезъ часъ впрыскивалось еще 0,00015 или 0,0003 scopolamini hydrobromici, затѣмъ производилось испытаніе способности запоминанія и въ зависимости отъ результата испытанія производились новыя впрыскиванія скополамина безъ морфія. Достаточно сбивчиваго отвѣта, затрудненія при отвѣтѣ, чтобы впрыскиваніе не производилось, такъ какъ уже это одно указывало на то, что состояніе сумеречнаго состоянія сознанія достигнуто. Первое впрыскиваніе производилось у I-para при 3 п. раскрытія, у multipara при 2 п. раскрытія при установившихся хорошихъ схваткахъ. Если схватки осла-

бѣвали, то ждали возобновленія схватокъ, и тогда снова впрыскивали. Изъ общаго числа роженицъ 40 было I-para, 27 multipara. Въ 60% случаевъ ему удалось достигнуть амнезіи. Нѣкоторыя роженицы совершенно не помнили, что онѣ вообще рожали, а другія не помнили своихъ болей. Замѣтное ослабленіе болей было у 40 рож.; это число не совпадаетъ съ числомъ тѣхъ, у кого наблюдалась амнезія, такъ какъ явленія эти часто не идутъ параллельно. Такъ, въ одномъ случаѣ боли совершенно не ослабѣли, хотя воспоминаніе о нихъ въ концѣ концовъ было смутное. Въ половинѣ случаевъ роженицы спали въ промежуткахъ между схватками. 1 разъ наблюдался тяжелый бредъ, въ 4 случаяхъ легкій, въ 3 случаяхъ рвота, 1 разъ — слабость, во всѣхъ случаяхъ жажда, въ 3/4 случаевъ расширеніе сосудовъ лица. Неправильностей сердечной дѣятельности, кромѣ нѣкотораго ускоренія пульса, не наблюдалось. Въ 2 случаяхъ для окончанія родовъ пришлось прибѣгнуть къ выжиманію плода по Kristellery, 1 разъ наложены щипцы при двойняхъ. Въ 1 случаѣ ребенокъ родился въ асфиксіи. Послѣдовый и послѣродовой періоды протекали нормально. Всѣ дѣти выписались изъ клиники живыми и здоровыми. Количество впрыснутаго скопол. колебалось отъ 0,0003 до 0,00165. Послѣднее количество было введено за 38 часовъ. На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ приходитъ къ благопріятнымъ заключеніямъ. Скополаминъ-морфій даетъ возможность обезболить роды, въ рѣдкихъ случаяхъ нѣсколько замедляя ихъ. Примѣненіе его требуетъ извѣстнаго навыка, такъ какъ наркозъ долженъ быть чрезвычайно индивидуализированъ.

В. А. Бродскій (Москва): Безболѣзненное проведеніе родовъ по методу Фрейбургской клиники. Число наблюденій докладчика равно 200 (91 — I-para и 109 m-para), изъ которыхъ съуженный тазъ съ conjug v. меньше 9 стм. былъ у 28. Скополаминъ-морфій не оказываетъ вреднаго вліянія на продолжительность родовъ (19 часовъ у I-para, 15 час. у m-para). Сила и частота схватокъ, о которыхъ нужно судить не по стонамъ, а положивъ руку на животъ роженицы, остаются безъ измѣненія. Послѣдовый періодъ равнялся 25 мин. Въ послѣродовомъ періодѣ одинъ разъ наблюдалось небольшое кровотеченіе. Морфій впрыскивался одинъ разъ по 0,01. Скополаминъ 0,0003 — 0,00045 для перваго впрыскиванія, и по 0,00015 для послѣдующихъ впрыскиваній. Въ 9 случаяхъ пришлось прибѣгнуть къ щипцамъ (изъ нихъ въ 4 случ. при узкомъ тазѣ, въ 2 случ. при eclampsia). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчалось ускореніе пульса. Въ одномъ случаѣ у больной, страдавшей morb. Basedowi, частота пульса достигла 160. Частое явленіе—покраснѣніе лица, подергиваніе пальцевъ (20%), галлюцинаціи (15%). Родильницы нѣсколько часовъ находились въ полудремотномъ состояніи, въ 1 случаѣ было сильное возбужденіе. Плоды родились живыми, въ 6 случаяхъ асфиксія (въ 2 изъ нихъ сильное обвитіе пуповины). Всѣ новорожденные выписались здоровыми.

Большей частью рожениць, подвергаемыхъ скополаминъ - морфійному наркозу, изолировали, закрывали глаза, затыкали уши, чтобы уменьшить количество воспріятій. Иногда роженицы разрѣшались въ общей родильной комнатѣ по 3 сразу. Скополаминъ-морфій при строгой дозировкѣ совершенно безопасенъ для матери и для плода, въ результатѣ этого наркоза—амнезія, во время родовъ—hypalgesia.

Неёловъ (Кіевъ) полагаетъ, что мы переживаемъ время увлеченія скополаминъ-морфіемъ, но, какъ это бываетъ часто съ новыми средствами, скоро наступитъ время разочарованія. Такъ, Bumm, бывшій горячимъ сторонникомъ скоп.-морфія, въ настоящее время не хочетъ больше примѣнять его. Скутулъ (изъ Кіевской акуш. клиники) на съѣздѣ гинекологовъ въ 1909 г. въ Кіевѣ въ своемъ докладѣ на осн. 60 случаевъ, хотя и является сторонникомъ скополаминъ-морфійнаго наркоза, все же указываетъ что почти въ половинѣ случаевъ схватки становились болѣе слабыми. Дозировка въ Кіевской акушерской клиникѣ была слѣдующая: scopolamini hydrobr. 0,00015—0,0003+0,01 morphii muriatici. Черезъ $^3/_4$—$1^1/_4$ часа 0,00015—0,0003 scopol. hydrobrom. и 0,005 morphii muriatici, черезъ 3 часа послѣ первой дозы 0,0003 scopol. hydrobrom. и 0,01 morphii muriatici При такой дозировкѣ получается сумеречное состояніе сознанія. Трабша наблюдала 40 случаевъ скополаминъ-морфійнаго обезболиванія родовъ. Она обратила вниманіе на то, что дѣти рождаются, хотя и не въ асфиксіи, но какія-то тихія, мало и слабо кричатъ, пока скополаминъ не выдѣлится изъ ихъ организма. Дозировка была 2 раза по 0,005 morphii mur. и по 0,003—0,00015 scopol. hydrobromici. Абражановъ (Полтава) привелъ болѣе 100 случ. скополаминъ - морфійной анэстезіи при небольшихъ гинекологическихъ операціяхъ. Онъ пришелъ къ выводу, что такой наркозъ ненадеженъ, часть больныхъ спитъ хорошо, часть не спитъ, но не помнитъ объ операціи, а часть испытываетъ боль, правда, слабую. При ск.-м. наркозѣ расширяются зрачки, ускоряется пульсъ, наблюдаются въ теченіе продолжительнаго времени перебои, изрѣдка бываетъ рвота. Все же общее впечатлѣніе отъ наркоза благопріятное. Но нужно быть весьма осторожнымъ, такъ какъ прекратить наркозъ не въ нашей власти. Хлороформъ можетъ быть данъ послѣ скополаминъ-морфія. Скополаминъ-морфій-хлороформенный наркозъ уже давно получилъ широкое распространеніе. Ариштамъ (Екатеринославъ) указалъ на важность реакціи проф. Кіонка для опредѣленія чистоты скополамина.

---

25 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ прив.-доц. Н. Д. Алексѣенко (Харьковъ).

А. В. Рутковскій (Спб.): О положеніи городской стаціонарной акушерской помощи въ Петербургѣ. Городскимъ самоуправленіемъ акушерская помощь оказывается населенію въ видѣ родильныхъ пріютовъ на 20—30 кроватей. Такихъ пріютовъ къ концу 1908 г. было 15 съ 347 кроватями (въ 1883 г. 39 кроватей). Въ 1883 г. въ городскихъ родильныхъ пріютахъ разрѣшались лишь 5% всѣхъ рожениць Петербурга безъ пригородовъ, въ настоящее время въ нихъ разрѣшается 39%. Съ 1907 года не было ни одного случая отказа роженицѣ въ пріемѣ въ городской пріютъ. Въ пріютахъ по преимуществу протекаютъ нормальные роды, все же оперативное пособіе было оказано въ 25% всѣхъ случаевъ, а большія операціи произведены въ 6% всѣхъ случаевъ. Въ пріютахъ въ настоящее время производятся и такія крупныя операціи, какъ удаленіе матки, пубіотомія, кесарево сѣченіе. Расходы городского самоуправленія на городскіе пріюты въ 1908 году равнялись 225 тыс. рублей. Несмотря на такіе блестящіе результаты, двѣ стороны дѣятельности родильныхъ пріютовъ оставляютъ желать улучшенія.

Во-первыхъ, нѣкоторыя окраины находятся въ неблагопріятныхъ условіяхъ въ смыслѣ отдаленности отъ ближайшаго родильнаго пріюта; во-вторыхъ, существующіе родильные пріюты постоянно переполнены. Наименьшей продолжительностью пребыванія роженицы въ пріютѣ докладчикъ считаетъ 7 дней, восьмой день кровать должна провѣтриваться. Такимъ образомъ даже при снисходительномъ отношеніи къ такимъ требованіямъ, если кровать не провѣтривается, число родовъ на каждую кровать въ годъ приходится 47, считая, что на 5 недѣль пріютъ долженъ быть закрытъ для ремонта. Въ 1910 году слѣдуетъ ожидать 21.600 родовъ въ родильныхъ пріютахъ, между тѣмъ мѣстъ имѣется лишь для 1600. Такимъ образомъ не хватаетъ 85 акушерскихъ кроватей. При открытіи 3 пріютовъ 30-кроватнаго типа пріюты съумѣютъ работать безъ переполненія, и окраины, населенныя бѣднѣйшимъ населеніемъ, будутъ уравнены съ центромъ столицы. Въ 1909 году % перегрузки родильныхъ пріютовъ равнялся 25%. Если существующіе 20-кроватные пріюты будутъ преобразованы въ 30-кроватные, то стаціонарная акушерская помощь будетъ обезпечена до 1918 года. Докладъ былъ демонстрированъ діаграммами и таблицами.

Ануфріевъ (Москва) указалъ, что въ дѣлѣ оказанія стаціонарной акушерской помощи Москва и Петербургъ идутъ по различнымъ путямъ. Мысль объ учрежденіи мелкихъ родильныхъ домовъ принадлежитъ Штольцу и была вызвана боязнью передъ скученностью больныхъ въ до-антисептическое время. Теперь всѣ преимущества на сторонѣ большихъ родильныхъ домовъ, устроенныхъ въ спеціальныхъ учрежденіяхъ, которые кромѣ быстрой и раціональной помощи, могутъ также служить дѣлу преподаванія и прохожденія практическаго стажа лицами, направляющимися въ земство. Московское городское управленіе, сознавая это, приступило къ покрытію Москвы сѣтью большихъ родильныхъ домовъ. Какушкинъ (Спб.) замѣтилъ, что родильные дома обходятся очень дорого (директоръ, штатъ врачей, канцелярія). Опытъ Петербургскихъ родильныхъ домовъ В. И Маріи и другихъ указываетъ, что въ то время, какъ въ нихъ замѣчается хроническій недоборъ больныхъ (если считать за норму 45 родовъ въ годъ на 1 кровать), въ городскихъ пріютахъ отмѣчается хроническій переборъ, притомъ все болѣе возростающій. Это происходитъ вслѣдствіе того, что родильные дома закрываются на 3—4 мѣсяца, рожениць держатъ долго, отчасти это зависитъ отъ бюрократическаго управленія родильными домами. А между тѣмъ громадное большинство рожениць нуждается лишь въ пріютѣ. Поэтому родильные пріюты болѣе доступны и болѣе отвѣчаютъ пользѣ населенія. Юрасовскій (Москва) считаетъ, что состояніе родильныхъ пріютовъ наврядъ-ли можетъ быть признано блестящимъ. Московское городское управленіе высказалось противъ существованія родильныхъ пріютовъ безъ дежурнаго врача, такъ какъ помощь не можетъ быть признана вполнѣ соотвѣтствующей въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательства, какъ placenta praevia, выпаденіе пуповины etc. Съ развитіемъ родильныхъ домовъ населеніе стало обращаться все меньше въ родильные пріюты, такъ что одинъ даже пришлось закрыть. Въ родильныхъ домахъ въ Москвѣ удалось поставить на надлежащую высоту уходъ за новорожденными, организовать консультаціи для кормящихъ и т. д.

Послѣ преній по вопросу о формулировкѣ, въ которыхъ приняли участіе Юрасовскій, Окинчицъ, Скробанскій, принята формулировка Скробанскаго:

Обратиться къ городскому С.-Петербургскому самоуправленію съ указаніемъ на необходимость усилить стаціонарную акушерскую помощь въ г. Петербургѣ, въ виду ея недостаточности. Вопросъ о преимуществахъ родильныхъ домовъ передъ родильными пріютами оставленъ открытымъ.

Н. М. Какушкинъ: Къ вопросу о прободаемости матки. Въ послѣднее время число прободеній матки значительно увеличилось.

По Войглю прободеніе матки происходитъ въ 0,6% всѣхъ выскабливаній. Сдѣлавъ очеркъ современныхъ литературныхъ данныхъ по данному вопросу, докладчикъ сообщилъ о результатахъ своихъ опытовъ съ прободеніемъ матки на трупѣ. Матка захватывается двумя Кохеровскими пинцетами за шейку и подвѣшивается на нихъ. Зондъ опускается вертикально въ полость матки; на чашечку, прикрѣпленную къ зонду, накладывается грузъ. Докладчикъ прибавляетъ по 500 гр. до 4 клгрм. или до прободенія. Если прободеніе не достигнуто, то оно производится путемъ паденія груза въ 500 гр. съ высоты 10 стм. Достаточно повторить паденіе 1—2—3—4 раза, чтобы вызвать прободеніе. На таблицѣ, представленной докладчикомъ, были отмѣчены подробныя данныя, касавшіяся опытовъ. На основаніи своихъ опытовъ, докладчикъ пока не можетъ сдѣлать никакихъ заключеній. Все же онъ вынесъ впечатлѣніе, что возрастъ, число родовъ, общія заболѣванія, толщина стѣнки матки не играютъ существенной роли. Большое сопротивленіе представляетъ брюшина. Матка съ старческими и воспалительными измѣненіями крѣпче, чѣмъ это думали раньше. Уменьшеніе количества упругихъ волоконъ существенно облегчаетъ прободеніе. Если матку фиксировать у внутренняго зѣва, а не у наружнаго, прободеніе становится легче осуществимымъ, быть можетъ вслѣдствіе того, что матка не можетъ развить своей эластичности, какъ цѣлаго органа. Докладчикъ склоненъ думать поэтому, что придерживаніе дна матки рукой, какъ это часто рекомендуется, слѣдуетъ признать опаснымъ пріемомъ.

Неслов ъ (Кіевъ) сообщилъ о встрѣтившихся ему, какъ члену врачебнаго отдѣленія, 4 дѣлахъ о прободеніи матки при законныхъ искусственныхъ выкидышахъ. Ему случалось видѣть прободенія и въ своей личной практикѣ, но они всѣ протекали безъ осложненій. Асептика—гарантія того, что прободеніе пройдетъ безнаказанно. Абражановъ (Полтава) считаетъ, что во-время замѣченное прободеніе матки не является грознымъ. Прободеніе происходитъ при беременной маткѣ; врядъ-ли кому приходилось протыкать небеременную матку зондомъ; опыты докладчика нельзя поэтому признать удачно выбранными. Домашевичъ (Вильно) упомянулъ о своемъ случаѣ прободенія матки при зондированіи съ діагностическою цѣлью. На операціи оказался туберкулезъ брюшины; при операціи узура въ маткѣ зашита, случай окончился благополучно. Вербовъ упомянулъ о 2 своихъ случаяхъ прободенія матки расширителями Hegar'a.

Прив.-доц. А. А. Ануфріевъ (Москва): Къ вопросу объ измѣненіи селезенки во время беременности. Во время беременности вслѣдствіе энергичнаго обмѣна веществъ увеличивается и число отбросовъ обмѣна. На развивающіеся такимъ образомъ токсальбумины реагируетъ весь организмъ беременной. На это указываетъ усиленное отложеніе жира, ацетонурія, пептонурія и т. д. Во время беременности измѣняется и ферментативная дѣятельность. Мы судимъ объ этомъ по измѣненіямъ въ органахъ. Мы можемъ говорить въ настоящее время о почкѣ беременныхъ, о печени, лимфатическихъ железахъ, крови и селезенкѣ беременныхъ. Что касается крови, то экспериментальныя данныя доказываютъ, что у беременныхъ кроличихъ количество крови возростаетъ, щелочность крови понижается, свертываемость крови увеличивается. Количество антитрипсина

въ крови, особенно у эклamптичекъ, увеличивается. Форменные элементы измѣняются; наблюдается полиморфизмъ, пойкилоцитозъ эритроцитовъ: замѣчается частичный эритролизъ, такъ какъ въ крови появляется свободный гемоглобинъ, въ тканяхъ замѣчается отложеніе гемосидерина. Что касается лейкоцитовъ, то замѣчается сначала лейкопенія, благодаря лейколизу; продукты лейколиза вызываютъ затѣмъ лейкоцитозъ. Въ связи съ этимъ стоитъ фактъ, отмѣченный Widal'емъ, что 40% лейкэміи вызваны беременностью. Плодъ буквально поѣдаетъ эритроциты. Количественныя и качественныя измѣненія крови отзываются на кровотворящихъ органахъ. Опыты Варальдо показали, что у беременныхъ кроличихъ отмѣчается лейкопойэзисъ, увеличеніе селезенки гистогенетическаго характера. Увеличеніе селезенки во время родовъ должно насъ интересовать: 1) какъ реакція материнскаго организма на беременность, 2) какъ причина разрыва селезенки при насиліи и при схваткахъ, 3) какъ причина смѣщенія селезенки послѣ родовъ. Докладчикъ экспериментировалъ надъ бѣлыми мышами. Изъ опытовъ выяснилось, что селезенка у беременныхъ мышей больше и тяжелѣе, нежели у небеременныхъ. Клиническія наблюденія путемъ перкуссіи по Фирордту на живыхъ беременныхъ женщинахъ не дали наглядного увеличенія селезеночной тупости. Въ 1-мъ изъ 2 случаевъ вскрытія случайно погибшихъ беременныхъ селезенка была увеличена вдвое, хотя въ анамнезѣ не было заболѣваній, которыя объясняли бы увеличеніе селезенки. Беременность является пробнымъ камнемъ для здоровья женщины. У слабыхъ и больныхъ женщинъ питаніе плода идетъ на счетъ здоровья матери. Поэтому на питаніе беременной, въ особенности изъ трудящихся классовъ населенія, и на огражденіе ея отъ непосильнаго труда должно быть обращено вниманіе государства.

К. Ф. Шабатъ (Спб.): Myorrhaphia partis anterioris musculi levatoris ani. При выпаденіи матки, вызванномъ ослабленіемъ тазового дна, идеаломъ является полученіе путемъ операціи прочной тазовой діафрагмы; это достигается тщательнымъ освѣженіемъ и сшиваніемъ разорванныхъ мышцъ. Но и у лучшихъ гинекологовъ въ 7% получаются рецидивы. Докладчикъ обратилъ вниманіе на то, что разрывъ мышцъ тазового дна не всегда происходитъ исключительно въ области промежности. Иногда разрывается m. levator ani въ той области, которая прилежитъ къ нисходящимъ вѣтвямъ лонныхъ костей. Происходитъ это отъ давленія головки, иногда отъ примѣненія щипцовъ. До сихъ поръ на это не было обращено вниманія. Діагносцируется разрывъ въ этомъ мѣстѣ при вагинальномъ изслѣдованіи, если больная втягиваетъ anus, какъ бы удерживая дефекацію. Докладчикъ предлагаетъ въ такихъ случаяхъ сдѣлать вертикальный разрѣзъ слизистой рукава и сблизить разошедшуюся мышцу двумя погруженными швами. Операція была произведена докладчикомъ на трупѣ. При первомъ удобномъ случаѣ предполагается произвести ее на живой. При двухстороннемъ разрывѣ операція должна быть двухсторонней. Кромѣ сшиванія lev. ani, слѣдуетъ произвести обычнымъ путемъ перинеоррафію.

Ануфріевъ (Москва) указалъ, что нѣкоторые случаи разслабленія мышцъ и вызваннаго имъ выпаденія не уступаютъ никакой операціи и должны быть лечимы электризаціей, массажемъ etc. Въ преніяхъ кромѣ того приняли участіе Абражановъ, (Полтава), Арнштамъ (Екатеринославъ), Веберъ (Спб.).

27 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ прив.-доц. Ануфріевъ (Москва).

Прив.-доц. Н. М. Какушкинъ (Спб.): Заднесрединный разрѣзъ матки, какъ лечебный методъ въ гинекологія. Многіе случаи dysmenorrhoe и безплодія объясняется механическими препятствіями въ видѣ изогнутаго цервикальнаго канала. Съ цѣлью сдѣлать этотъ путь прямымъ и приблизить внутренній зѣвъ къ заднему своду еще Sims'омъ было предложено разсѣкать заднюю губу. Докладчикъ произвелъ эту операцію въ 45 случаяхъ. Операція является очень несложной по своей техникѣ. Фиксируется влагалищная часть, разрѣзается ножомъ по средней линія задняя губа зѣва до свода, затѣмъ линіи разрѣза обшиваются съ обѣихъ сторонъ кэтгутовыми швами. Операція эта также и вполнѣ безопасна. Результаты извѣстны въ 22 случ., изъ нихъ 8 случ. излеченіе, 7 случ. стойкое улучшеніе, 4 случ. временное улучшеніе, 3 безъ результата. Въ 3 случ. наступила беременность. По своей доступности и безопасности операція пріемлема, по результатамъ не можетъ быть признана рекомендуемой.

Неёловъ (Кіевъ) сообщаетъ, что операція Sims'а всѣми оставлена, такъ какъ она далеко не безопасна. Въ Кіевѣ оперативное пособіе ограничивается расширеніемъ шейки расширителемъ Hegar'а, ляминаріями, въ иныхъ случаяхъ присоединяютъ выскабливаніе. Если все же замѣчаются рецидивы, то оставляютъ въ полости матки на мѣсяцъ аллюминіевую палочку, что не приноситъ паціенткѣ вреда, а ведетъ къ стойкому расширенію внутренняго зѣва. Окиничицъ (Спб.) сообщаетъ, что въ клиникѣ проф. Садовскаго операція Sims'а также не разъ вела къ параметритамъ. При малѣйшемъ подозрѣніи на гоноррею не слѣдуетъ оперировать. Варгасова (Спб.) указываетъ, что расширеніе области внутренняго зѣва, удаленіе рубцовой ткани изъ нея ведетъ, какъ докладчица убѣдилась на основаніи операцій, произведенныхъ Александровымъ и ею, безусловно къ вѣрному успѣху. Недостатокъ этой операціи— трудность оперированія въ узкомъ влагалищѣ нерожавшей и трудная смѣщаемость матки. Гусаковъ (Спб.) сообщилъ, что въ клиникѣ проф. Феноменова производятъ при dysmen. и безплодіи эксцизіи и получаютъ результаты лучшіе, нежели у докладчика. Механическая теорія дисменорреи въ настоящее время отрицается. Ануфріевъ (Москва) считаетъ, что нельзя оперировать въ двухъ большихъ категоріяхъ случаевъ: 1) когда дисменоррея зависитъ отъ разстройства нервной системы женщины, 2) когда имѣется недостаточное развитіе матки и недоразвитіе въ ней эластической ткани.

Чеканъ: Удаленіе рака recti и части влагалища черезъ влагалище. Къ операціи рака recti ведутъ три пути—самый старый путь черезъ промежность (снизу), sacral'ный методъ Kraske (сзади), брюшной путь (сверху) и путь черезъ влагалище (спереди). Путь черезъ влагалище (сверху) предложенъ лишь въ 1897 году и примѣняется почти исключительно французскими и русскими хирургами. Въ 1903 году докладчику попалась больная съ ракомъ recti въ области ampulla recti, переходившимъ на стѣнку влагалища въ средней ея трети, обусловливавшимъ кольцевидное съуженіе recti и вызвавшимъ влагалищно-прямокишечный свищъ.

Операціи предшествовало выскабливаніе раковаго распада, затѣмъ была вырѣзана раково-пораженная часть прямой кишки вмѣстѣ съ стѣнкой влагалища, отсепарована прямая кишка и низведена въ рану и пришита къ нижнему отрѣзку. Стѣнка влагалища и промежность закрыта. Вся операція, крайне затруднительная по своей техникѣ и по борьбѣ съ кровотеченіемъ, была произведена per vaginam. Въ результатѣ срощеніе per primam, нормальная дефекація. Паціентка и по настоящее время здорова. Докладъ былъ демонстрированъ препаратомъ, по поводу котораго были дѣлаемы докладчикомъ разъясненія.

Въ качествѣ программныхъ вопросовъ было рѣшено принять слѣдующіе: 1) Организація акушерской помощи населенію. 2) Искусственный выкидышъ. 3) Перелой женщины и борьба съ нимъ. 4) Graviditas extrauterina. По всѣмъ этимъ вопросамъ желательно обезпечить доклады и содоклады лицъ, работающихъ по каждому данному вопросу. Внѣпрограммные вопросы допускать лишь въ случаѣ, если останется свободное время.

Секція XI. Секція глазныхъ болѣзней.

22 апрѣля (утромъ).

Послѣ открытія засѣданія завѣдующимъ секціей проф. А. Г. Беллярминовымъ почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Новороссійскаго университета С. С. Головинъ (Одесса).

Проф. С. С. Головинъ: Exstirpatio subvaginalis tumoris n. optici. Среди опухолей зрительнаго нерва можно различать двѣ діаметрально противоположныя группы: а) экстрадуральныя опухоли, соединительнотканныя, злокачественныя, напр. саркома и др., и b) субдуральныя, доброкачественныя, часто называемыя tumor inflammatorius и elephantiasis зрительнаго нерва. Для удаленія опухолей докладчикомъ предложена orbitotomia ossea, представляющая видоизмѣненіе способа Krönlein'а, съ тѣми различіями, что разрѣзъ проводится по ходу орбитальнаго края вогнутостью внутрь и что надкостница не отслаивается. Если опухоль экстрадуральная, то она резецируется отъ входа зрительнаго нерва до foramen opticum. При субдуральныхъ опухоляхъ докладчикъ произвелъ въ одномъ случаѣ слѣдующую операцію: проведя разрѣзъ какъ при orbitotomia ossea, онъ сдѣлалъ разрѣзъ вдоль влагалища зрительнаго нерва и вдоль опухоли и выскоблилъ мягкую, грануляціонноподобную ткань; затѣмъ ввелъ тонкій дренажъ на случай возможнаго отторженія остатковъ опухоли. Произошло асептическое заживленіе раны, никакого западенія не получилось, мышцы не пострадали, сохранилась даже сочувственная реакція зрачка на оперированномъ глазу, exophthalmus исчезъ. Такія субдуральныя опухоли, раньше считавшіяся злокачественными, должны теперь быть отнесены къ типу воспалительныхъ опухолей, къ elephantiasis зрительнаго нерва (несмотря на цѣлые годы ихъ существованія, опухоль не измѣняетъ рисунка нормальнаго строенія зрительнаго нерва и не

даетъ рецидивовъ послѣ удаленія ея). Поэтому при нихъ вполнѣ показанъ чисто консервативный способъ леченія, именно предлагаемая докладчикомъ exstirpatio subvaginalis tumoris n. optici.

Проф. С. С. Головинъ: **Объ операціяхъ на глазномъ яблокѣ послѣ резекціи зрительнаго и циліарныхъ нервовъ.** Докладчикъ давно уже отказался отъ удаленія слѣпыхъ вслѣдствіе абсолютной глаукомы (съ дегенеративными явленіями) глазъ путемъ энуклеаціи, а также пересталъ примѣнять иридэктомію и склеротомію; въ нейрэктоміи онъ нашелъ средство сохранить косметически глазъ, устранилъ въ то же время боли; глаза отлично переносятъ эту операцію, и въ теченіе десятковъ лѣтъ послѣ нея сохраняютъ свой нормальный видъ. Но нерѣдко при абсолютной глаукомѣ определяется еще катаракта, которая портитъ косметическій эффектъ нейрэктоміи. Въ виду этого въ послѣднее время докладчикъ сталъ производить на слѣпыхъ отъ абсолютной глаукомы глазахъ послѣ нейрэктоміи еще и экстракцію катаракты, какъ съ иридэктоміей, такъ и безъ нея, причемъ могъ констатировать, что глаза отлично переносятъ операцію.

Проф. С. С. Головинъ: **О методѣ ретробульбарнаго просвѣчиванія глаза при операціяхъ.** Въ одномъ случаѣ, гдѣ у дѣвочки 7 лѣтъ былъ предположена гліома и предложена энуклеація, докладчикъ произвелъ въ цѣляхъ отличія истинной гліомы отъ псевдогліомы просвѣчиваніе склеры. Для этого онъ подъ хлороформомъ надрѣзалъ конъюнктиву между верхней и наружной прямыми мышцами, проложилъ ходъ черезъ клѣтчатку и ввелъ далеко за глазъ маленькую электрическую лампочку, вставленную въ резиновый катетеръ (для того, чтобы ее можно было кипятить) и получилъ ясное просвѣчиваніе массы; слѣдовательно, послѣдняя прозрачна, а не плотна. На всякій случай онъ сдѣлалъ нейрэктомію, вывихнулъ глазъ и, снова введя лампочку, опять получилъ просвѣчиваніе безъ малѣйшей тѣни. Затѣмъ онъ снова вложилъ на мѣсто глазъ, сшилъ конъюнктиву; вскорѣ послѣ операція выпуклая раньше масса втянулась, уплощилась, получилось дрожаніе. Такимъ образомъ удалось сохранить глазъ и избѣжать энуклеаціи. На томъ же принципѣ основанъ приборъ д-ра Hertzell'я, дающій гораздо болѣе сильный свѣтъ и потому еще болѣе способствующій діагнозу. Но насколько докладчику извѣстно, существуетъ всего одинъ только приборъ у самого Hertzell'я и потому разработка этого метода изслѣдованія принадлежитъ будущему.

На преніяхъ Шиле указалъ, что лѣтъ 15—20 назадъ нейрэктомію примѣнялъ съ хорошимъ результатомъ Pflüger, на что докладчикъ пояснилъ, что онъ совѣтуетъ оперировать съ наружной стороны (а Pflüger — съ внутренней), накладывать на зрительный нервъ зажимной пинцетъ, иногда послѣ canthotomia externa, и только тогда перерѣзывать, благодаря чему не получаетъ внутриглазничнаго кровоизліянія, которымъ осложнялся методъ Pflüger'a. Канцель сообщилъ, что у него въ распоряженіи имѣется офтальмодіафаноскопъ Hertzell'я, выписанный фирмой Милькъ, и что онъ намѣренъ демонстрировать его на одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій. Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе д-ръ Гольмстенъ, Фишъ и др.

Прив.-доц. Я. В. Зеленковскій (Спб.): О леченіи трахомы радіемъ на основаніи 300 случаевъ. Съ конца 1904 года докладчикъ совершенно независимо отъ проф. Cohn'а пришелъ къ заключенію, что трахому можно лечить радіемъ въ виду того, что Becquerel'евскіе лучи оказываютъ разрушающее (цитолитическое) дѣйствіе на клѣточные элементы почти всѣхъ типовъ, а въ особенности на клѣтки лимфатическихъ тканей и органовъ, причемъ пролиферирующія (т. е. находящіяся въ процессѣ роста) клѣтки подвержены дѣйствію лучей сильнѣе, чѣмъ стойкія. Сначала докладчикъ примѣнялъ изогнутую стеклянную трубочку съ помѣщеннымн внутри ея 10 млгр. отонистаго радія, но при этомъ приходилось тратить очень много времени на радіацію — 10 минутъ, въ виду того, что часть лучей задерживалась стекломъ. Поэтому впослѣдствіи онъ сталъ пользоваться коробочкой особой формы, приготовленной изъ особой массы фирмой Fargas, въ которой заключенъ порошокъ радія и которая пропускаетъ всѣ лучи α, β и γ, благодаря чему радіоактивность становится сильнѣе (доходитъ до 2.000.000 единицъ), а потому радій можно примѣнять уже только въ теченіе 2 минутъ. Въ общемъ леченію подвергнуто 269 больныхъ и 322 глаза; для леченія радіемъ выбирались только такіе случаи, гдѣ ясныя характерныя зерна имѣлись и на нижнемъ, и на верхнемъ вѣкѣ одновременно — вообще такъ назыв. случаи чистой трахомы. Въ общемъ при примѣненіи аппарата Fargas'а леченіе сократилось до чрезвычайности, и брало въ суммѣ одинъ часъ или немного болѣе того, при одномъ сеансѣ въ недѣлю. На основаніи большого матеріала докладчикъ полагаетъ возможнымъ высказать убѣжденіе, что радій ни въ коемъ случаѣ не можетъ сдѣлаться панацеей въ леченіи трахомы, но что онъ представляетъ могучее вспомогательное средство въ нашей борьбѣ съ этимъ тяжелымъ и распространеннымъ заболѣваніемъ. По отношенію дѣйствія на зернистый періодъ трахомы леченіе радіемъ не только не уступаетъ медикаментозному и механическому леченію, но даже превосходитъ ихъ, причемъ продолжительность леченія радіемъ до полнаго выздоровленія значительно короче, чѣмъ при обычныхъ способахъ леченія. При хронической трахомѣ въ періодъ начинающагося рубцоваго перерожденія съ осложненіемъ pannus'омъ, радій оказывается менѣе дѣйствительнымъ по сравненію съ зернистой формой; но и здѣсь онъ довольно скоро приводитъ къ исчезновенію оставшихся зеренъ и общей инфильтраціи, а иногда и къ улучшенію и полному просвѣтлѣнію паннуса.

Дагилайскій думаетъ, что изъ доклада нельзя выяснить съ надлежащей полнотой, при какихъ формахъ особенно полезенъ радій, а потому для практическаго врача неясно, стоитъ-ли ему пріобрѣтать это дорогое вспомогательное средство. Суховъ обращаетъ вниманіе на значеніе общаго состоянія больныхъ, особенно золотухой, при леченіи радіемъ; при оставленіи больного въ той же обстановкѣ радій приноситъ мало пользы, особенно если не улучшать питанія и вообще не лечить общаго состоянія. Шило лечилъ трахому 0,002 гр. и тратилъ на это много времени — до 70 сеансовъ, но получалъ отличные результаты. Кромѣ того въ преніяхъ принимали участіе Фишекъ, Масальскій, Бурцевъ.

И. Е. Марковъ (Самара): Къ изслѣдованію трахомы въ нѣмецкихъ колоніяхъ Самарской губерніи по даннымъ поголовнаго

осмотра. Докладчикъ считаетъ точными и вѣрными только данныя, полученныя при поголовномъ осмотрѣ. На основаніи имѣющагося въ литературѣ матеріала и подробно приведенныхъ имъ въ своей работѣ данныхъ онъ считаетъ возможнымъ высказать положеніе, что распространеніе трахомы въ Европѣ обратно пропорціонально степени культуры населенія и что количество больныхъ трахомой какъ абсолютно, такъ и относительно увеличивается по направленію съ запада на востокъ; такія же отношенія даетъ и статистика отдѣльныхъ государствъ. Передъ ними стушевываются прежнія статистическія изслѣдованія, произведенныя на маломъ сравнительно числѣ больныхъ и говорящія о предрасположеніи къ заболѣванію трахомой нѣкоторыхъ расъ, о зависимости заболѣванія трахомой отъ анатомическаго устройства глазной щели или отъ топографическихъ условій мѣстности. При изученіи эндемій трахомы выясняется, что возникновенію ихъ способствуютъ или занесеніе заразы со стороны (войсками, сельско-хозяйственными рабочими, эмигрантами), или преимущественно бытовыя условія—умываніе изъ одного таза, вытираніе однимъ полотенцемъ у нѣмцевъ-колонистовъ, бани и нечистоплотность у мордвы и чувашъ. Въ Россіи въ общемъ наблюдается тотъ же законъ распространенія трахомы. Далѣе докладчикъ указываетъ, что наибольшее распространеніе трахомы наблюдается въ Поволжскихъ, черноземныхъ Малороссійскихъ и Пріуральскихъ губерніяхъ, изъ Поволжскихъ—въ Самарской, а изъ уѣздовъ послѣдней болѣе всего—въ Бугульминскомъ уѣздѣ, а меньше всего въ Самарскомъ. Это распространеніе трахомы среди нѣмцевъ докладчикъ объясняетъ обычаемъ умываться въ одномъ тазу, не перемѣняя воды, а также отъ своеобразныхъ понятій колонистовъ о чистотѣ. Въ общемъ заболѣванія трахомой при высокомъ процентѣ все же обнаруживаютъ медленную тенденцію къ пониженію, что замѣтно особенно въ Пруссіи и Австріи. Докладчикъ объясняетъ это явленіе поднятіемъ общей культуры населенія и раціональными методами борьбы съ трахомой—именно массовыми поголовными осмотрами, учрежденіемъ постоянной помощи больнымъ, устройствомъ спеціальныхъ больницъ и ознакомленіемъ населенія съ основами гигіены.

Суровъ считаетъ, что данныя докладчика относительно Самарской губерніи не вполнѣ точны, ибо трахома чрезвычайно распространена также въ Ставропольскомъ уѣздѣ, едва-ли меньше, чѣмъ въ Бугульминскомъ, какъ онъ могъ заключить по своимъ наблюденіямъ. Фишъ, соглашаясь съ докладчикомъ о недостаточности данныхъ глазныхъ отрядовъ, изслѣдованій новобранцевъ, считаетъ единственнымъ критеріемъ поголовный осмотръ, котораго до сихъ поръ произведено почти не было. Гольмстепъ указываетъ на то, что имѣются очень точныя данныя поголовныхъ осмотровъ среди колонистовъ Самарской губ. въ диссертаціи д-ра Вайнштейна, нашедшаго среди школьниковъ 60% трахомы, а среди населенія—35%. Далѣе Вайнштейномъ отмѣчена рѣдкость среди нѣмцевъ trichiasis и entropion и частота этихъ осложненій (также паннуса) у инородцевъ, что Вайнштейнъ объясняетъ расовымъ предрасположеніемъ. Проф. Беллярминовъ замѣтилъ, что имѣются уже данныя почти 10 поголовныхъ осмотровъ, произведенныхъ частью по его предложенію. Докладчикъ возражаетъ Сурову, что послѣдній имѣлъ очень мало матеріала для сужденія о распространеніи трахомы въ Ставропольскомъ уѣздѣ; самъ же докладчикъ имѣетъ въ распоряженіи всѣ отчеты земскихъ врачей по Самарской губерніи, начиная съ 1902 года. Съ положеніями Вайнштейна докладчикъ согласиться не можетъ и вмѣстѣ съ Фишемъ счи-

таетъ единственно цѣнными для сужденія о распространеніи трахомы только результаты поголовныхъ осмотровъ.

Прив.-доц. А. С. Чемолосовъ (Спб.): Къ борьбѣ съ слѣпотой. Трахоматозные курсы для неврачебной интеллигенціи деревни. Докладчикъ обращаетъ вниманіе на существованіе большого числа слѣпыхъ въ Россіи, на постоянное увеличеніе числа ихъ и, наконецъ, на то, что главной причиной слѣпоты въ Россіи является трахома. Между тѣмъ помощь населенію крайне недостаточна: число врачей-спеціалистовъ ничтожно, глазныхъ отрядовъ мало и дѣятельность ихъ кратковременна. Въ виду этого необходима такая мѣра, которая требовала бы мало затратъ, принципомъ которой было бы приблизить леченіе къ населенію, дабы послѣднее по возможности не теряло дорогого ему рабочаго времени и средствъ. Поэтому докладчикъ предложилъ попечительству о слѣпыхъ организовать «трахоматозные курсы» для провинціальной интеллигенціи, не имѣющей медицинскаго образованія, главнымъ образомъ для сельскихъ учителей и учительницъ. Разумѣется, трахоматозные курсы, являясь по характеру своему временной мѣрой, нисколько не исключаютъ другихъ раціональныхъ мѣръ борьбы съ слѣпотой. Далѣе подтвержденіе своимъ взглядамъ докладчикъ нашелъ въ работѣ Sollbrich'а, занимавшагося въ теченіе 10 лѣтъ съ 1899 по 1908 г. борьбой съ трахомой въ Allenstein'ской области восточной Пруссіи и тепло отзывающагося объ окулистической дѣятельности неврачебной интеллигенціи (школьные учителя и такъ называемыя Granulosen Schwester); Sollbrich рекомендуетъ пользоваться ихъ услугами и въ будущемъ.

Пренія по поводу настоящаго доклада отложены на слѣдующее засѣданіе 23 апрѣля.

23 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. Г. Лаврентьевъ (Москва).

Засѣданіе началось преніями по докладу А. С. Чемолосова.

Въ преніяхъ ясно обрисовались два лагеря—противниковъ и сторонниковъ предлагаемой докладчикомъ мѣры. Большинство возражавшихъ высказались противъ привлеченія лицъ неврачебнаго сословія, прослушавшихъ трахоматозные курсы, къ участію въ борьбѣ съ трахомой (Выгодскій, Суровъ, Киршманъ, Пирошковъ, Кривоносовъ, Радаскъ, Фишъ, Рейхъ, Марковъ, Лазаревъ, Лисицынъ, Маквицъ, Розенбергъ), приводя слѣдующія основанія. Прежде всего мѣра эта противорѣчитъ основному принципу земской медицины, заключающемуся въ стремленіи къ тому, чтобы всѣ больные пользовались именно врачебной помощью; съ этой цѣлью земства стремятся къ уничтоженію фельдшерскихъ пунктовъ, къ замѣнѣ ихъ врачебными пунктами, къ повышенію уровня школьныхъ фельдшеровъ, къ постепенному вытѣсненію всѣхъ ротныхъ фельдшеровъ. Между тѣмъ докладчикъ предлагаетъ еще болѣе регрессивную мѣру—именно созданіе кадра «врачевателей» или «псевдоврачевателей», стоящихъ по уровню своихъ знаній значительно ниже даже ротныхъ фельдшеровъ, и предоставленіе имъ даже право лечить больныхъ трахомой. Уже многіе окулисты еще раньше указывали докладчику (на засѣданіяхъ Спб. Офтальмологическаго Общества) что діагностика трахомы далеко не легка, что даже врачи, пріѣзжающіе на научные курсы, не всегда могутъ изучить это заболѣваніе въ теченіе 3—4 недѣль что къ тому же въ деревняхъ мы имѣемъ дѣло очень

часто съ запущенными, тяжелыми формами трахомы, требующими упорнаго систематическаго леченія и постояннаго наблюденія со стороны врача. Нельзя поэтому предполагать, чтобы въ 4 недѣли учителя и учительницы могли научиться распознавать и лечить трахому. „Трахоматозные курсы" докладчика создадутъ интеллигентныхъ полузнаекъ-цѣлителей и тѣмъ не столько облегчатъ борьбу съ трахомой, сколько осложнятъ ее. Населеніе не лечится не потому, что оно незнакомо съ трахомой, а потому, что больной глазъ, особенно въ первыхъ стадіяхъ болѣзни, до наступленія осложненій, зачастую не болитъ. Въ позднѣйшихъ періодахъ, когда трахоматозный процессъ уже распространился на роговицу и мѣшаетъ работать, помощь неспеціалиста гораздо чаще будетъ вредить, чѣмъ помогать, ибо тутъ могутъ наступить осложненія, не доступныя для діагноза мало свѣдущими лицами и требующія оперативнаго вмѣшательства. Населеніе, понемногу привыкнувъ обращаться къ этимъ «врачевателямъ», будетъ идти къ нимъ не только за помощью при глазныхъ болѣзняхъ, но также и изъ-за другихъ заболѣваній, особенно въ рабочую пору, когда время чрезвычайно дорого и когда крестьянинъ не можетъ уѣзжать къ врачу, живущему за десятокъ верстъ. Тогда постепенно эти врачеватели, какъ бы они строго ни относились вначалѣ къ своей дѣятельности, начнутъ уклоняться въ сторону и станутъ лечить все, превратившись въ самостоятельныхъ врачевателей. Предлагаемая докладчикомъ мѣра, подрывая въ корнѣ основы земской медицины, заставитъ земство сложить руки въ дѣлѣ борьбы съ трахомой, разовьетъ знахарство полузнаекъ-цѣлителей, послѣдовательно можетъ даже вызвать увеличеніе слѣпоты благодаря неумѣлому и неправильному леченію трахомы. Эта мѣра есть шагъ назадъ и повлечетъ за собой деградацію медицинской помощи и скептическое отношеніе къ ней со стороны населенія. Поэтому нужно готовить не „врачевателей", а просвѣтителей, дѣятельность которыхъ должна быть направлена не на леченіе трахомы, а на распространеніе среди населенія подробныхъ научныхъ свѣдѣній объ этой болѣзни, о заразномъ ея характерѣ, о необходимыхъ гигіеническихъ мѣрахъ, благодаря которымъ можно уберечься отъ зараженія, и о необходимости обращаться къ врачу. Нужно распространеніе общихъ гигіеническихъ знаній и поднятія общаго уровня культуры населенія. Въ частности же для борьбы съ трахомой нужно путемъ организаціи лекцій въ постоянныхъ пунктахъ попечительства знакомить населеніе съ распространеніемъ и мѣрами профилактики трахомы, но отнюдь не терапіи; далѣе необходимо, чтобы земства посылали врачей въ университетскіе центры для изученія трахомы и чтобы такимъ образомъ создался кадръ провинціальныхъ окулистовъ, которыхъ теперь нерѣдко нѣтъ ни одного даже на цѣлыя губерніи. Нѣкоторые изъ противниковъ предлагаемой докладчикомъ мѣры считаютъ возможными такіе трахоматозные курсы лишь для того, чтобы ознакомленные съ трахомой учителя, учительницы и другіе курсисты могли потомъ распространять гигіеническія и профилактическія свѣдѣнія, но никоимъ образомъ не для діагностики и для леченія трахомы. Что касается до примѣра Восточной Пруссіи, то онъ недоказателенъ, ибо, во-первыхъ, тамъ имѣются иныя культурныя условія, а, во-вторыхъ, потому, что борьба съ трахомой находится тамъ въ рукахъ большого числа врачей, спеціалистовъ, а „granulose Schwester" являются лишь исполнительницами ихъ предписаній, при постоянномъ контролѣ врачей. Сторонники предлагаемой докладчикомъ мѣры (Казасъ, Калашниковъ, Дагилайскій, Натансонъ, Лаврентьевъ, Зеленковскій) считаютъ возможнымъ предоставить прослушавшимъ трахоматозные курсы интеллигентнымъ лицамъ право діагносцировать и даже лечить легкіе случаи трахомы, но въ значительной мѣрѣ ограничиваютъ ихъ дѣятельность, требуя частаго обращенія къ врачу и постояннаго контроля со стороны врачей.

Въ своемъ отвѣтномъ словѣ докладчикъ поддерживалъ тезисы, указывая, что не предлагаетъ панацеи, не отрицаетъ другихъ мѣръ борьбы съ трахомой, но что пока предлагаетъ курсы, въ виду того, что лучше оказывать какую-либо помощь, чѣмъ ничего не дѣлать.

По предложенію Коломенскаго, Горбунова и др. секція рѣшила въ слѣдующемъ засѣданіи 24 апрѣля вынести резолюцію по поводу доклада А. С. Чемолосова

Г. С. Канцель (Спб.): **О діагностикѣ и извлеченіи осколковъ желѣза изъ глаза (съ демонстраціей коллекціи осколковъ).** На основаніи результатовъ извлеченій осколковъ въ 322 случаяхъ за періодъ времени съ 1897 по 1909 годъ включительно, докладчикъ горячо высказывается за необходимость примѣненія сидероскопа Asmus'а или Hirschberg'а въ каждомъ случаѣ поврежденія глаза, въ которомъ есть ма-

лѣйшее подозрѣніе на присутствіе инороднаго тѣла въ глазу. Онъ считаетъ необходимымъ возможно раннее извлеченіе осколковъ изъ глаза, такъ какъ отъ этого зависитъ значительно лучшій исходъ по отношенію къ зрѣнію и уменьшается возможность потери глаза отъ инфекцій. При извлеченіи желѣзныхъ осколковъ желательно пользоваться не исключительно однимъ типомъ магнита (большимъ ручнымъ или гигантскимъ), а примѣнять въ подходящихъ случаяхъ тотъ или другой, или оба вмѣстѣ.

Проф. Головинъ отмѣтилъ недостаточныя стороны діагностики сидероскопомъ и указалъ на отличный діагностическій вспомогательный способъ— рентгеноскопію. Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе Рейнгардъ и Лазаревъ.

---

24 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. Я. Шиле (Курскъ).

Р. А. Кацъ (Спб.): Плоское стекло при мнимой амбліопіи и нервной астенопіи. Докладчикъ сообщилъ, что онъ примѣняетъ плоское стекло съ одной стороны для выясненія симуляціи, а съ другой—для леченія нервной астенопіи почти исключительно у дѣтей. Въ настоящее время извѣстны слѣдующія формы послѣдней: 1) asthenopia nervosa s. neurasthenica (anaesthesia retinae, ashtenopia retonalis), 2) аналогичная ей asthenopia spuria simulata, 3) asthenopia accomodativa fugax и 4) amblyopia hysterica. Кромѣ третьей формы, обыкновенно развивающейся у истощенныхъ, слабыхъ субъектовъ, особенно послѣ инфекціонныхъ болѣзней (у дѣтей послѣ скарлатины, кори, дифтеріи и т. д.), эти формы нервной астенопіи обыкновенно наблюдаются у нервныхъ людей; въ школьномъ возрастѣ, особенно часто у дѣвочекъ при astenopia accom. fugax можно назначать временно выпуклое стекло, при остальныхъ же формахъ очень полезнымъ оказывается вставленіе въ оправу при изслѣдованіи двухъ стеколъ, взаимно уничтожающихъ другъ друга $\pm 0,75$ или $\pm 0,5D$. Очень часто назначеніе плоскаго стекла съ слабымъ дымчатымъ или синеватымъ оттѣнкомъ быстро прекращаетъ явленія нервной астенопіи, проявляющейся свѣтобоязнью, складками на лбу, жалобами на ухудшеніе зрѣнія вдоль и Förster'овскимъ типомъ перемѣщенія.

Калашниковъ полагаетъ возможнымъ назначать такое плоское стекло также и у взрослыхъ людей. Зеленковскій считаетъ такое плоское стекло излишнимъ и думаетъ, что можно постепеннымъ систематическимъ изслѣдованіемъ добиться при нервной астенопіи улучшенія зрѣнія вдаль. Казасъ напоминаетъ, что еще проф. Адамюкъ съ успѣхомъ назначалъ при нервной астенопіи слабый растворъ extr. fabi calabarici въ глицеринѣ; вообще же полагаетъ возможнымъ убѣдить нервныхъ лицъ въ ненужности для нихъ очковъ при помощи повторныхъ изслѣдованій зрѣнія. Марковъ при нервной астенопіи считаетъ необходимымъ изслѣдованіе нервной системы и назначеніе общаго укрѣпляющаго леченія, отъ котораго иногда всѣ болѣзненныя явленія проходятъ. Чемолосовъ и Лазаревъ не считаютъ характернымъ для нервной астенопіи улучшеніе зрѣнія отъ плоскаго стекла.

Р. А. Кацъ: О леченіи начинающейся катаракты глазными каплями изъ іодистыхъ солей. На основаніи 11-лѣтняго опыта докладчикъ полагаетъ возможнымъ высказать, что примѣненіе 5 и 10% глазныхъ капель іодистаго калія или натрія при начи-

нающейся катарактѣ (особенно при кортикальной формѣ) даетъ въ однихъ случаяхъ остановку помутнѣнія хрусталика, а въ другихъ — даже нѣкоторое просненіе послѣдняго и, какъ результатъ его, улучшеніе зрѣнія; больные получали возможность читать и писать, чего они были лишены до леченія іодистыми солями; въ нѣкоторыхъ случаяхъ удалось сохранить вполнѣ удовлетворительное зрѣніе до конца жизни, въ теченіе 3—5 лѣтъ.

Марковъ указываетъ на то, что катаракта нерѣдко не прогрессируетъ въ теченіе 5—10—20 лѣтъ; іодистыя соли иногда даже ухудшаютъ зрѣніе и даже какъ бы ускоряютъ процессъ помутнѣнія; въ виду этого онъ отказался отъ ихъ примѣненія и считаетъ оптимизмъ докладчика увлеченіемъ. Суровъ наблюдалъ нѣкоторое улучшеніе зрѣнія только въ случаяхъ артритическаго діагноза при одновременномъ назначеніи іодистыхъ соединеній внутрь; но все же въ концѣ-концовъ помутнѣніе хрусталика прогрессировало и приходилось дѣлать экстракцію. Фишъ, Выгодскій, Бурцевъ, Натансонъ, Зеленковскій, Рейнгардъ, Чемолосовъ, Орѣчкинъ не видѣли пользы отъ капель іодистыхъ солей. Лазаревъ высказалъ предположеніе, что замѣчавшееся докладчикомъ улучшеніе зависѣло въ нѣкоторыхъ его случаяхъ (при наличности хоріоидита и т. д.) отъ проясненій помутнѣній стекловиднаго тѣла, а вовсе не отъ дѣйствія солей на катаракту.

С. В. Левицкій: Къ анатоміи Теноновой капсулы. Докладчикъ выдѣлялъ содержимое глазницы, откалывая костныя ея стѣнки и получая при этомъ почти правильный такъ назыв. орбитальный конусъ, основаніемъ котораго служатъ вѣки. Затѣмъ онъ замораживалъ препаратъ и дѣлалъ срѣзы. Изъ нихъ онъ могъ выяснить, что: 1) Тенонова капсула окружаетъ глазное яблоко отъ самаго входа зрительнаго нерва до края роговицы (limbus'а), что 2) никакого Тенонова пространства нѣтъ, ибо оно выполнено клѣтчаткой, пластическими волокнами и т. д., 3) что вмѣстѣ съ орбитальными тяжами и съ фасціальной пластинкой — гомологомъ ретрактура глазного яблока—Тенонова капсула представляетъ аппаратъ, имѣющій задачей удерживаніе глаза въ состояніи покоя въ его обычномъ положеніи; кромѣ того, совмѣстно съ мышцами этотъ аппаратъ регулируетъ движенія глаза и окружающихъ его частей. 4) Одинъ изъ тяжей, отходящихъ отъ капсулы — служитъ для поддерживанія слезной железы, а потому долженъ называться ligamentum retinens (suspensorium) glandulae lacrymalis.

Затѣмъ было приступлено къ баллотировкѣ резолюцій, предложенныхъ Суровымъ, Марковымъ и Лазаревымъ по докладу д-ра А. С. Чемолосова на засѣданіи 22 апрѣля.

Большинствомъ голосовъ принята слѣдующая формула Г. И. Сурова:

«Глазная секція XI Пироговскаго съѣзда, заслушавъ докладъ д-ра А. С. Чемолосова объ организаціи трахоматозныхъ курсовъ для борьбы съ трахомой и принимая во вниманіе всѣ условія жизни крестьянскаго трудового населенія, признаетъ, что, во-первыхъ въ дѣлѣ борьбы съ распространеніемъ трахомы сельскіе не врачебные интеллигенты могутъ быть лишь проповѣдниками гигіеническихъ знаній среди населенія и ни въ какомъ случаѣ не въ качествѣ врачевателей; во-вторыхъ, что борьба съ распространеніемъ слѣпоты должна вестись съ примѣненіемъ главнымъ образомъ широкихъ соціальныхъ мѣръ борьбы, направ-

ленныхъ, помимо лечебныхъ мѣръ къ подъему культурно-экономическаго и правового благосостоянія крестьянскаго и сельскаго населенія».

Засѣданіе 24 апрѣля (вечеромъ).

Г. И. Суровъ (Двинскъ): Къ вопросу о необходимости пересмотра статей росписанія болѣзней, опредѣляющихъ годность или негодность къ военной службѣ. Докладчикъ полагаетъ, что существующая редакція статей 38 лит. А, 39 лит. А съ прим. и 1 пунк. лит. Б росписанія болѣзней призываемыхъ на службу крайне неудовлетворительны и нуждаются въ коренномъ пересмотрѣ. Необходимо установить единство во мнѣніи врачей-окулистовъ по вопросу о зависимости пониженія остроты зрѣнія отъ степени рефракціи, ибо иначе получаются произвольныя мнѣнія и заключенія. Слѣдуетъ выработать болѣе или менѣе подробную и точную схему, которая опредѣлила бы зависимость пониженія остроты зрѣнія отъ рефракціи, причемъ послѣднюю непремѣнно слѣдуетъ опредѣлять объективными способами изслѣдованія. Слѣдуетъ также указать предѣлы степеней недостатка той или иной рефракціи. При пріемѣ на строевую службу зрѣніе одного глаза должно быть не ниже 0,5, а на другомъ не ниже $^{5}/_{200}$, чтобы принятые на службу могли самостоятельно оріентироваться въ пространствѣ. Кромѣ того докладчикъ требуетъ при пріемѣ на военную службу равенства всѣхъ національностей передъ закономъ, и отрицаетъ необходимость особыхъ нормъ и требованій по отношенію къ инородцамъ.

И. И. Кавасъ (Брестъ-Литовскъ): Пересмотръ требованій къ органу зрѣнія при пріемѣ новобранцевъ. Докладчикъ также указываетъ на неудачную редакцію статей, касающихся органа зрѣнія, и полагаетъ, что эта редакція создаетъ произволъ, совершенно различныя требованія къ органу зрѣнія въ разныхъ госпиталяхъ и присутствіяхъ. Онъ настаиваетъ на необходимости объективнаго изслѣдованія и на дачѣ заключеній на основаніи патологическихъ данныхъ послѣдняго, а не на основаніи субъективныхъ заявленій и показаній испытуемаго.

Рейнъ считаетъ, что въ общемъ редакція указанныхъ статей у насъ не хуже, чѣмъ въ другихъ арміяхъ; сообщилъ, что въ настоящее время, на основаніи собранныхъ мнѣній почти всѣхъ военныхъ окулистовъ, выработана новая редакція статей, значительно измѣняющая ихъ смыслъ и значеніе и предъявляющая еще болѣе строгія требованія къ органу зрѣнія. Такъ, въ 39 статьѣ острота зрѣнія на правомъ лучшемъ глазу должна быть не менѣе 0,6 нормы, а на лѣвомъ не ниже 0,1. Аналогичныя измѣненія сдѣланы и въ другихъ статьяхъ, касающихся болѣзней глазъ. Лаврентьевъ считаетъ нужнымъ настаивать на разрѣшеніи носить въ войскихъ (въ нестроевыхъ частяхъ) очки. Карташевъ считаетъ важной выработку схемы, ибо и земскіе врачи нерѣдко принуждены свидѣтельствовать новобранцевъ и также видятъ мало указаній въ статьяхъ 38 и 39. Савваитовъ, Чемолосовъ и Лазаревъ высказываются противъ схемъ и нормъ, Глѣбовичъ и Вадзинскій за введеніе ихъ для облегченія военныхъ врачей. Чемолосовъ совѣтуетъ начинать изслѣдованіе съ объективныхъ способовъ и заявить новобранцу, что именно онъ долженъ видѣть, а уже потомъ выяснять его остроту зрѣнія; тогда въ большинствѣ случаевъ удается получить точныя и ясныя данныя.

А. Шило (Курскъ): Къ вопросу о микроорганизмахъ трахомы. Докладчикъ на основаніи изслѣдованія 600 трахоматозныхъ и 300

контрольныхъ случаевъ приходитъ къ выводу, что клѣточныя включенія (Chlamydozoa) по v. Prowaczek'у и внѣклѣточныя тѣльца (Trachomkörperchen) Greef'a встрѣчаются только при трахомѣ и патогномоничны для нея. На основаніи круглой формы, докладчикъ предлагаетъ ихъ называть «трахомококками», причемъ эти образованія, имѣющія видъ споръ, относитъ къ бактеріямъ. Они размножаются дѣленіемъ въ и внѣ эпителіальныхъ клѣтокъ, иногда сегментируясь въ длинныя нити; кокки обладаютъ сильно преломляющей свѣтъ капсулой, окрашиваются аналиновыми красками, а особенно по Giems'а, трахомококки встрѣчаются во всѣхъ формахъ трахомы, даже рубцовыхъ, чаще всего они находятся внѣ клѣтокъ, но характерныя образованія производятъ именно внутри эпителіальныхъ клѣтокъ, гдѣ они вызываютъ появленіе такъ назыв. „пластина". Докладчику удалось культивировать этихъ кокковъ въ слабо-щелочномъ бульонѣ, и физіологическомъ растворѣ соли и уплотненной обычной сывороткѣ; этими культурами онъ привилъ трахому собакамъ, кроликамъ и морскимъ свинкамъ, между тѣмъ какъ Römer, Hess, v. Prowaczek и Greef могли привить трахому трахоматозными отдѣленіями человѣка только антропоморфнымъ обезьянамъ и человѣку. Въ недавнее время докладчикъ нашелъ „Chlamydozoa" и Trachomkörperchen при coniunctiv. blenorr. non gonorrhoica: почти половину случаевъ coniund. blenorr. neonat. можно отнести къ трахоматознымъ формамъ; при этомъ докладчикъ отмѣчаетъ, что гонококки и трахомококки никогда не опредѣлялись имъ одновременно, что они другъ друга исключаютъ. Въ виду всего сказаннаго онъ предлагаетъ ввести новое названіе: coniunctiv. blenorrhoica thachomatosa. Докладчикъ находилъ трахомококковъ также при coniunct. follicularis.

Зеленковскій указываетъ, что Greef находилъ свои Trachomkörperchen при 60 coniunct. blenorrhoica; далѣе онъ обмѣчаетъ, что выдѣлить эти кокки въ чистой культурѣ еще никому не удавалось и если бы докладчикъ сдѣлалъ это, то, разумѣется, это было бы громаднымъ шагомъ впередъ. Если при бленорреѣ гонококки найдены, то это еще не доказываетъ, что мы имѣемъ дѣло не съ бленорреей. Лаврентьевъ видѣлъ собакъ у Шиле и долженъ признать, что у нихъ была не трахома, а катарръ. Онъ ждалъ отъ докладчика представленія на съѣздъ животныхъ съ типической трахомой. Лазаревъ посылалъ Halberstädter'у по его просьбѣ препараты для изслѣдованія (до 40 препаратовъ) и послѣдній нигдѣ не нашелъ Chlamydozoa. Далѣе въ Гельсингфорсѣ въ клиникѣ ему сообщили, что трахомококки найдены одновременно съ гонококками. Greef не находилъ тѣлецъ при con. follicular. Марковъ, Вадзинскій, Суровъ, Кривоносовъ указываютъ, что трахома у дѣтей встрѣчается далеко не такъ рѣдко и даже осложняется рубцами и заворотомъ. Нѣтъ основаній вводить новое названіе только въ виду нахожденія трахомококковъ. Въ заключительномъ словѣ докладчикъ говоритъ, что включенія въ пластинки онъ наблюдалъ исключительно при папиллярныхъ формахъ, а при зернистой наблюдалъ только свободныя тѣльца.

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Е. Г. Лазаревъ (Тула).

А. Г. Васютинскій (Варшава): Примѣненіе контрольныхъ субъективныхъ способовъ при изслѣдованіи испытуемыхъ, по-

дозрѣваемыхъ въ симуляціи слѣпоты и ослабленія зрѣнія. Докладчикъ считаетъ абсолютно невозможнымъ и недопустимымъ созданіе какихъ-либо схемъ, устанавливающихъ зависимость пониженія остроты зрѣнія отъ недостатка рефракціи. Онъ полагаетъ, что у всякаго испытуемаго надлежитъ опредѣлить остроту зрѣнія совершенно точно, что можетъ быть достигнуто сочетаніемъ объективнаго и субъективнаго методовъ изслѣдованія при примѣненія для послѣдняго всѣхъ вспомогательныхъ и контрольныхъ способовъ, предложенныхъ Arlt'омъ, Javal-Drywer'омъ, Schenkel'емъ и т. д. Докладчикъ считаетъ нужнымъ ввести особый курсъ судебной офтальмологіи на медицинскихъ факультетахъ, и кромѣ того высказываетъ пожеланіе о разрѣшеніи носить въ строю очки.

А. Я. фонъ-Поппенъ: 1) V. Prowaczek-Greef'овскія включенія въ секретѣ, эпителіи и срѣзахъ. 2) Экспериментальная трахома. 3) Слѣдуетъ-ли считать возбудителя трахомы открытымъ? Докладчикъ излагаетъ исторію вопроса объ открытіи возбудителей трахомы начиная съ первыхъ изслѣдованій Michel'я, Жонголовича? Krüdener'а и т. д. Новая фаза въ этомъ вопросѣ о патогенезѣ трахомы наступила съ 1907 г., когда почти одновременно Prowaczek и Halberstädter съ одной стороны и Greef съ другой открыли Chlamydozoa и Trachomkörperchen. Докладчикъ занялся этимъ вопросомъ и изслѣдовалъ секретъ, срѣзы и эпителій; при этомъ онъ нашелъ указанныя образованія въ большинствѣ случаевъ въ особенности не леченной трахомы разныхъ степеней, но при этомъ отмѣчаетъ, что онъ наблюдалъ также трахомныя тѣльца и при гонорройномъ конъюнктивитѣ, причемъ въ то же время находилъ и гонококковъ, въ противоположность А. Я. Шиле. Въ остальномъ докладчикъ подтвердилъ добытые прежними изслѣдователями результаты, но отмѣчаетъ, что онъ никогда не находилъ этихъ образованій при фолликулярномъ конъюнктивитѣ съ одной стороны, и съ другой стороны не могъ получить чистыхъ культуръ; кромѣ того онъ не могъ привить трахомы морскимъ свинкамъ и кроликамъ, но зато получилъ положительные результаты при прививкѣ обезьянамъ въ 2 случаяхъ изъ 7. Трахоматозный ядъ не стойкій, высушиваемый при 40° онъ погибаетъ; клиническая картина у обезьянъ такая же, какъ у людей, но только она слабѣе выражена. Патолого-анатомически трахома у обезьянъ идентична трахомѣ у людей. Но чтобы окончательно рѣшить вопросъ о томъ, являются ли трахомныя тѣльца дѣйствительными возбудителями трахомы, нужны еще дальнѣйшія изслѣдованія.

Калашниковъ и Выгодскій наблюдали трахому у собакъ, а послѣдній даже выдавливалъ Шиле повторяетъ, что онъ привилъ трахому собакѣ, морскимъ свинкамъ и кроликамъ. Зеленковскій подчеркиваетъ то обстоятельство, что при бленорройномъ конъюнктивитѣ докладчикъ вмѣстѣ съ трахомными тѣльцами находилъ и гонококки, что подтверждаетъ послѣднія изслѣдованія R. Greef'a. Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе Кривоносовъ, Рейхъ, Лаврентьевъ, Лазаревъ.

А. Е. фонъ-Поппенъ и Климовичъ: О проходимости глазныхъ средъ для ультрафіолетовыхъ лучей. Для выясненія вопроса докладчики пропускали свѣтъ дуговой лампы, заправленной желѣзомъ, черезъ спектроскопъ Foss'a и затѣмъ черезъ различные отдѣлы глаза, и производили фотографическіе снимки. При этомъ выяснилось, что меньше всего пропускаетъ лучей хрусталикъ взрослыхъ, затѣмъ больше лучей роговица и, наконецъ, стекловидное тѣло. Хрусталикъ молодыхъ животныхъ пропускаетъ ультрафіолетовые лучи въ той же степени, какъ роговица.

Е. Г. Лазаревъ (Тула): Своеобразный случай отека вѣкъ. Докладчикъ описалъ случай, гдѣ въ теченіе 8-ми мѣсяцевъ у больной наблюдалось заболѣваніе, заключавшееся въ припухлости вѣкъ и отекѣ ихъ, причемъ 7 разъ наблюдался рецидивъ. Никакому леченію болѣзнь не поддавалась. Послѣ второго рецидива въ толщѣ вѣкъ докладчикъ констатировалъ передвигавшіеся узлы. Послѣ 7-го рецидива докладчикъ сталъ впрыскивать растворъ суломы 1 : 1000, начиная съ 0,3 и дойдя до 0,8 куб. стм. Подъ вліяніемъ этого леченія наступило излеченіе и осталось лишь незначительное утолщеніе вѣкъ. Докладчикъ высказываетъ предположеніе, что онъ, можетъ быть, имѣлъ дѣло съ разновидностью болѣзни Quincke, а, можетъ быть, также заболѣваніе, аналогичное описанному недавно Головинымъ sclerosis orbitae.

Е. Г. Лазаревъ (Тула): Первичный оспенный конъюнктивитъ. Докладчикъ описалъ случай, гдѣ у женщины 70 лѣтъ развился конъюнктивитъ съ увеличеніемъ лимфатическихъ железъ впереди уха, съ язвами соединительной оболочки и роговицы, это воспаленіе сопровождалось появленіемъ пустулъ на головѣ и лбу, превратившихся потомъ въ типичныя оспенныя пустулы. Докладчикъ предполагаетъ, что онъ имѣлъ передъ собой заболѣваніе, вызванное оспой, ибо больной, ухаживавшій за страдавшимъ сливной оспой внукомъ, въ глаза попала его слюна.

Г. С. Канцель демонстрировалъ офтальмодіафаноскопъ Hertzell'я для освѣщенія глазного дна со стороны рта и для дифференціальной діагностики опухолей глаза.

Въ коммиссію по борьбѣ съ трахомой избраны: Э. Ф. Блессигъ, Л. Г. Беллярминовъ, А. С. Чемолосовъ, Г. Е. Выгодскій и Е. В. Зеленковскій.

---

27 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избрана Е. А. Арапова (Саратовъ).

Р. А. Кацъ (Спб.): Объ организаціи окулистической помощи въ учебныхъ заведеніяхъ. Докладчикъ считаетъ совершенно необходимымъ институтъ постоянныхъ школьныхъ окулистовъ, которые могли бы производить поголовные осмотры учащихся и кромѣ того имѣли бы возможность лечить и изслѣдовать ихъ въ особыхъ школьныхъ глазныхъ амбулаторіяхъ; при этомъ для успѣха дѣла требуется постоянное содѣй-

ствіе со стороны учителей и всего вообще школьнаго персонала, который долженъ слѣдить за правильной наукой учащихся, провѣрять въ сомнительныхъ случаяхъ достаточность освѣщенія помощью свѣтового запасомѣра и направлять къ врачу-окулисту учащагося съ случайнымъ заболѣваніемъ глазъ, съ жалобами на разстройство зрѣнія (или на головную боль) и съ недочетами въ ученіи, заставляющими предполагать наличность зрительнаго порока.

Р. А. Кацъ показалъ свѣтовой запасомѣръ для опредѣленія достаточности освѣщенія (описанъ 13 лѣтъ назадъ въ Вѣстн. Офт.) и пробные шрифты для опредѣленія достаточности свѣтового запаса въ школахъ и мастерскихъ.

Трапезонцева полагаетъ, что школьный окулистъ не долженъ назначать очковъ, а долженъ лишь изслѣдовать зрѣніе и затѣмъ сообщать о результатахъ, ими найденныхъ, родителямъ ребенка, предоставляя имъ выборъ окулиста. Въ томъ же смыслѣ высказался Калашниковъ. Горбуновъ горячо высказывается за предложеніе докладчика и полагаетъ, что въ Россіи, гдѣ окулистъ нерѣдко является единственнымъ спеціалистомъ на цѣлый большой районъ, нельзя и не къ чему посылать къ другому спеціалисту. Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе П. П. Казасъ, М. П. Рейкъ, А. Г. Васютинскій, А. Г. Лаврентьевъ. Секція присоединилась и приняла пожеланія докладчика: a) объ учрежденіи должностей школьныхъ окулистовъ, b) о содѣйствіи работѣ ихъ со стороны преподавательскаго персонала и c) о выработкѣ особой инструкціи для нѣсколькихъ врачей.

Г. А. Горбуновъ (Шуя): Мѣстная анэстезія въ крупныхъ глазныхъ операціяхъ. Докладчикъ наблюдалъ тяжелыя отравленія при примѣненіи кокаина, а потому теперь уже съ начала 1908 г. перешелъ къ впрыскиваніямъ 3 и 5% алипина съ 2 каплями адреналина на каждый шприцъ. Онъ впрыскивалъ при нѣкоторыхъ операціяхъ до 0,55 алипина и на нѣсколько сотъ операцій ни разу не наблюдалъ явленій отравленія, въ то же время констатируя идеальное анэстезирующее дѣйствіе алипина, выражавшееся между прочимъ въ абсолютной безболѣзненности перерѣзки зрительнаго нерва при энуклеаціи. Докладчикъ совершенно отказался отъ кокаина при впрыскиваніяхъ и уже больше 2-хъ лѣтъ примѣняетъ ни разу не измѣнившій ему алипинъ.

Елеонская, Трапезонцева, Васютинскій, Казасъ, Гольмстенъ указываютъ на то, что они видѣли отличные результаты отъ примѣненія кокаина, никогда не наблюдая въ то же время явленій отравленія. Гольмстенъ считаетъ заявленія докладчика увлеченіемъ и высказывается противъ большихъ дозъ, примѣняемыхъ имъ, ибо онѣ легко могутъ вызвать отравленія, такъ какъ алипинъ всего только вдвое менѣе ядовитъ, чѣмъ кокаинъ. Выгодскій и Зелинскій указываютъ на громадный отекъ, который должно вызывать впрыскиваніе 3—4—5 шприцевъ алипина и полагаютъ, что съ $^1/_2$—1 шприцемъ 2%-наго кокаина можно получить превосходную анэстезію. Выгодскій прибавляетъ, что максимальная примѣнявшаяся имъ доза была $1^1/_2$ шприца. Зеленковскій отмѣчаетъ тотъ фактъ, что алипинъ расширяетъ сосуды, а потому можетъ парализовать дѣйствіе адреналина.

Г. А. Горбуновъ (Шуя): Реакція Wassermann'а при глазныхъ болѣзняхъ. Докладчикъ указываетъ на важность реакцій при иритахъ, кератитахъ, атрофіи зрительныхъ нервовъ и мышечныхъ параличахъ, ибо она даетъ точку опоры для назначенія соотвѣтствующаго леченія.

Далѣе секціей приняты пожеланія коммиссіи, выбранной по поводу

вопроса о необходимости пересмотра требованій къ органу зрѣнія при пріемѣ новобранцевъ (изъ членовъ: А. С. Чемолосова, Е. Ф. Климовича, И. М. Казаса, А. Г. Васютинскаго, Г. И. Сурова, Е. Г. Лазарева и Кардашева): a) нельзя создавать нормы схемы, устанавливающія зависимость между остротой зрѣнія и рефракціей, b) нельзя игнорировать при пріемѣ остроты зрѣнія и c) желательно у лицъ, принятыхъ на военную службу, ношеніе очковъ въ строю.

Секція XII. Дѣтскія болѣзни.

24 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ И. К. Стржельбицкій (Тула).

П. П. Эминетъ (Харьковъ): Докладъ коммиссіи, избранной на X Пир. съѣздѣ по вопросу о кормиличномъ промыслѣ, естественномъ и искусственномъ вскармливаніи. Въ докладѣ указаны всѣ показанія къ кормленію со стороны матери и противопоказанія: а) безусловныя и б) условныя: а) со стороны матери, б) со стороны ребенка.

Первый пунктъ: Кормленіе материнскимъ молокомъ лучшій способъ кормленія принимается единогласно. Второй пунктъ: Самое лучшее молоко кормилицы, въ смыслѣ его химическаго состава даетъ худшіе результаты, чѣмъ молоко матери даже съ небольшими уклоненіями въ составѣ и третій (дѣти первыхъ мѣсяцевъ плохо развиваются при питаніи чужимъ молокомъ) вызываютъ оживленныя пренія. Губертъ (Петербургъ) указалъ, что этотъ пунктъ не можетъ быть принятъ; каждому врачу извѣстно, что многія дѣти могутъ начинать терять въ вѣсѣ и приходится прибѣгать къ кормилицамъ и къ искусственному вскармливанію. Бродскій (Петербургъ) отмѣчаетъ, что весь докладъ носитъ академическій характеръ, практическому врачу всѣ эти пункты ничего не даютъ. Кусковъ (Москва) поясняетъ, что коммиссія руководствовалась, кромѣ всего прочаго, еще тѣмъ, что кормилица вноситъ неурядицы, ребенокъ здѣсь не застрахованъ отъ заразы; затѣмъ принято было также во вниманіе психическое воздѣйствіе. Нееловъ (Кіевъ) считаетъ, что вопросъ этотъ не можетъ быть рѣшенъ одними педіатрами, необходимо выслушать также мнѣніе акушеровъ и терапевтовъ и предлагаетъ разсмотрѣть его на соединенномъ засѣданіи трехъ указанныхъ секцій. Жуковскій (Спб.) также подчеркиваетъ непріемлемость второго пункта, критеріемъ должна служить не химія, или психологія, а результаты кормленія—поправляется ли ребенокъ, или нѣтъ. Постановлено передать этотъ вопросъ въ новую коммиссію, произведя предварительно, согласно предложенію Раухфуса, анкету по этому вопросу среди всѣхъ врачей. Проф. Соколовъ (Спб.) предлагаетъ установить налогъ на матерей, которыя пользуются кормилицами; на полученныя деньги устроить воспитательные дома для тѣхъ дѣтей, матери которыхъ вынуждены пойти на кормиличный промыселъ; противъ этого высказываются Жуковскій (Спб.) и Шабадъ (Спб.). Въ преніяхъ кромѣ того принимали участіе также Воробейчикъ, Колабинъ и Рапопортъ.

С. Ю. Жуковская (Спб.): Къ вопросу о подкожномъ введеніи углеводовъ (эксперим. изслѣдов.). Опыты, произведенные на кроликахъ и щенятахъ, доказали, что: I. При впрыскиваніи животнымъ виноградназо сахара получалось: 1) потеря вѣса, 2) поднятіе температуры на 2^0 и больше, независимо отъ количества введеннаго сахара, 3) развивалось постепенно безпокойство. II. Тростниковый сахаръ выдѣляется мочей, почему не можетъ быть разсматриваемъ, какъ питательное вещество. III. При впрыскиваніи молочнаго сахара получалось: 1) апатія, 2) паденіе вѣса,

3) послабленіе, 4) повышеніе азотистаго обмѣна и 5) повышеніе температуры. IV. Впрыскиваніе мальтозы: 1) Животное не проявляетъ безпокойства, чего не было при голоданіи. 2) Мальтоза почти не вызываетъ повышенія t^0. 3) Азотистый обмѣнъ уменьшается. 4) Уменьшается паденіе вѣса сравнительно съ голоданіемъ или введеніемъ хлористаго натра. По мнѣнію докладчицы, повышеніе t^0 при впрыскиваніи виноградного сахара объясняется быстрымъ разложеніемъ виноградного сахара, чего не бываетъ при введеніи мальтозы. Выводъ: у истощенныхъ дѣтей для поднятія питанія можно вводить подъ кожу мальтозы.

Губертъ считаетъ работу докладчицы первой въ Россіи по этому вопросу: 10 лѣтъ тому назадъ онъ сталъ вводить мальтозу при наслѣдственномъ сифилисѣ. Русскій тростниковый сахаръ, по его мнѣнію, вызываетъ не только повышеніе t^0 на 1—2° на kilo вѣса, но часто даже нарывы. Проф. Шкаринъ (Спб.) противъ подкожнаго введенія мальтозы, per os мальтоза давно съ успѣхомъ дается. Проф. Соколовъ отмѣчаетъ, что опыты, произведенные на привитыхъ, удачны, и потому можно испробовать этотъ способъ и на дѣтяхъ, что давно дѣлается на Западѣ. Красногорскій (Спб.) указываетъ, что мальтоза расщепляется ферментомъ, который находится въ клѣткахъ, а не въ крови; поэтому подкожное введеніе мальтозы вызываетъ равномѣрное вступленіе ея въ кровь, а слѣдовательно и равномѣрное расщепленіе ея. Замѣчанія, кромѣ того, сдѣлали Черношварцъ (Москва) и Шабадъ (Спб.).

П. В. Кусковъ (Москва): О симптомахъ ранняго рахита. Измѣненія костяка, считающіяся обыкновенно признаками рахита, на самомъ дѣлѣ могутъ быть результатомъ не только рахита, но и другихъ процессовъ—физіологическихъ и патологическихъ (сифилисъ и разныя разстройства питанія и обмѣна). Только дальнѣйшія наблюденія, главнымъ образомъ, въ области физіологіи дѣтскаго организма дадутъ болѣе точные отличительные признаки. Рахитъ до 3-хъ мѣс. бываетъ рѣдко, и діагнозъ его въ это время чрезвычайно затруднителенъ. Въ настоящее время признаками ранняго рахита должны считаться: 1) craniotabes въ начальной или развитой формѣ, типичное для рахита мѣсто размягченія темен. и затылочн. кости по ламбдовидному шву, 2) увеличенный (больше 2×2) большой родничекъ и открытый стрѣловидный шовъ послѣ 4—5 мѣсяцевъ, 3) ясно выраженные бугры и деформаціи черепа, 4) четки въ видѣ круглыхъ образованій—узловъ и бугровъ, 5) ясно выраженныя деформаціи груди, 6) утолщенія эпифизовъ и искривленія діафизовъ въ предѣлахъ, превышающихъ норму. Вспомогательными признаками будутъ ясно выраженные общіе симптомы. Совокупность 2-хъ и болѣе выраженныхъ симптомовъ даетъ возможность ставить болѣе точный діагнозъ. Не могутъ считаться одни и сами по себѣ признаками рахита: незначительныя четки, слегка прощупываемая граница между костной и хрящевой частью ребра въ видѣ рубчика или валика, легкое искривленіе голеней, незначительная припухлость эпифизовъ. Сочетаніе и совокупность признаковъ неясныхъ не увеличиваетъ ихъ цѣнности для постановки діагноза.

И. А. Шабадъ (Спб.): Минеральный обмѣнъ веществъ при рахитѣ. На основаніи цѣлаго ряда опытовъ докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Опытъ обмѣна извести при рахитѣ можетъ имѣть діагностическое значеніе для опредѣленія стадіи болѣзни. 2) При

выздоровленіи отъ рахита наблюдается гиперфосфатурія, которая можетъ служить простымъ клиническимъ признакомъ для сужденія о дѣйствіи на рахитическій процессъ того или другого лекарственнаго средства. 3) Минеральный обмѣнъ веществъ при такъ назыв. позднемъ рахитѣ говоритъ противъ отождествленія его съ раннимъ рахитомъ дѣтскаго возраста. 4) Введеніемъ извести кормящей женщинѣ не удается увеличить содержаніе извести въ ея молокѣ. Докладчикъ демонстрировалъ больную съ позднимъ рахитомъ, препараты и рентгеновскіе снимки.

Жуковскій (Спб.) замѣтилъ, что Кусковъ основываетъ свои положенія, главнымъ образомъ, на патологическихъ данныхъ, по послѣднихъ очень мало, клиническихъ же случаевъ тысячи. Въ Юрьевѣ обслѣдовалось врачами и студентами все населеніе, оказалось 40% рахитиковъ, тяжелая же форма тамъ не наблюдается; то же въ Крыму. Врожденный рахитъ чрезвычайно рѣдокъ, у новорожденныхъ craniotabes очень частъ, часто встрѣчается также costotabes. У насъ нѣтъ точнаго критерія, по которому мы могли бы судить о началѣ рахита. Мочанъ (Спб.) согласенъ, что трудно провести границу между физіологическимъ и патологическимъ развитіемъ костей. Методъ статистическій, какъ и методъ послѣдовательнаго наблюденія за ребенкомъ, недостаточны. Опыты Шабада отчасти указываютъ намъ путь. Проф. Павловъ недавно отмѣтилъ размягченіе костей у животныхъ при нѣкоторыхъ разстройствахъ пищеваренія, стало быть существуетъ и другое, не рахитическое размягченіе костей. Практически пока необходимо считаться съ данными клиники. Винокуровъ (Одесса) самымъ лучшимъ способомъ разрѣшенія вопроса считаетъ лабораторный способъ изслѣдованія на обмѣнъ веществъ. Въ докладѣ Шабада важенъ также тотъ его выводъ, что мать, получающая известь, не освобождаетъ еще ребенка отъ рахита; «не будемъ больше пичкать матерей разными патентованными средствами». Ѳесенко (Ярославль) согласенъ съ Жуковскимъ относительно значенія мѣстности въ патогенезѣ рахита, приписываетъ это обстоятельство жесткости воды—въ Юрьевѣ 15% извести. Въ преніяхъ, кромѣ того, принимали участіе Раппепортъ (Николаевъ) и Бродскій (Спб.).

---

26 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ И. Я. Винокуровъ (Одесса).

И. К. Стржельбицкій (Тула): **Нѣкоторыя данныя къ вопросу о лимфатическихъ железахъ у дѣтей до полугода.** Докладчикъ, на основаніи изслѣдованія железъ у 400 дѣтей, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) въ настоящее время у насъ нѣтъ достаточнаго критерія для опредѣленія нормальнаго состоянія у дѣтей, 2) подмышечныя, подчелюстныя и шейныя железы можно находить у большинства дѣтей хорошаго питанія въ возрастѣ до 3 мѣсяцевъ, 3) у сифилитическихъ дѣтей локтевыя железы находятъ въ 64% и 4) кожныя пораженія не всегда сопровождаются увеличеніемъ лимфатическихъ железъ.

Г. Ф. Говоровъ (Спб.): **О хронической инфлуэнцѣ у дѣтей.** Докладчикъ читаетъ исторію болѣзни троихъ дѣтей, у которыхъ поставленъ былъ діагнозъ—хроническая инфлуэнца на основаніи клинической картины и нахожденія въ мокротѣ Пфейферовскихъ палочекъ. Докладчикъ выставляетъ слѣдующія положенія: 1) случаи хронической инфлуэнцы встрѣчаются часто, 2) подъ хронической инфлуэнцей надо понять хроническій бронхитъ послѣ остраго гриппа, 3) вопросъ объ инфлуэнцѣ нуждается въ большемъ освѣщеніи и 4) долженъ быть принятъ во вниманіе методъ агглютинаціи и отклоненія комплемента.

Проф. Д. А. Соколовъ (Спб.): О железистыхъ заболѣваніяхъ у дѣтей. Докладчикъ на основаніи цѣлаго ряда случаевъ приходитъ къ заключенію, что, кромѣ туберкулезнаго и вообще бактеріологическаго происхожденія заболѣванія лимфатическихъ железъ, приходится принять и самостоятельное заболѣваніе железъ въ случаяхъ, когда безъ всякихъ объективныхъ данныхъ въ теченіе долгаго времени держится лихорадочное состояніе у дѣтей (Drüsen-fieber Пфейфера или febris lymphatica). Докладчикъ демонстрируетъ много кривыхъ и выставляетъ слѣдующія положенія: 1) лимфатическія железы у дѣтей чувствительны ко всякаго рода раздраженіямъ, 2) наиболѣе часто раздражаются железы дыханія, пищеваренія и периферическія, 3) основной принципъ леченія: оставить железу въ покоѣ (отнюдь не массажъ) и 4) въ каждомъ случаѣ выяснять этіологію заболѣванія.

Лаппнеръ находитъ, что отсутствіе заболѣванія железъ у дѣтей при кожныхъ пораженіяхъ слѣдуетъ объяснить тѣмъ, что кожа выводитъ вредные продукты, вслѣдствіе чего уменьшается роль железъ въ этомъ процессѣ. Далѣе оппонентъ находитъ, что проф. Соколовъ смѣшиваетъ инфекцію и интоксикацію: въ железы попадаютъ токсины, а не бактеріи; железы сопутствуютъ разнымъ болѣзнямъ. При Drüsenfieber, по его мнѣнію, мы имѣемъ дѣло съ генерализованнымъ процессомъ. Герасимовичъ (Спб.) находитъ, что Говоровъ, вмѣсто того, чтобы съузить вопросъ объ инфлуэнцѣ, еще больше расширяетъ его. Палочки Pfeiffer'а, по его мнѣнію, не могутъ служить критеріемъ для инфлуэнцы, что мы ихъ находимъ часто и у здоровыхъ людей. Оппонентъ соглашается съ проф. Соколовымъ и обращаетъ вниманіе только на то обстоятельство, что существуютъ также хроническіе отиты, хроническія носоглоточныя заболѣванія, которыя могутъ дать такія же картины. Шабадъ (Спб.) считаетъ случаи Говорова стрептококковаго происхожденія; палочки Пфейфера, и по его мнѣнію, ничего не доказываютъ. Того же происхожденія онъ считаетъ и случаи проф. Соколова, нѣкоторые изъ нихъ можно разсматривать, какъ залеченный туберкулезъ; въ случаяхъ съ невысокой температурой чаще всего, по его мнѣнію, надо думать о туберкулезѣ. Кусковъ (Москва) полагаетъ, что пора было бы покончить съ терминомъ «хроническая инфлуэнца», которая, по его мнѣнію, не существуетъ. Раухфусъ (Спб.) поддерживаетъ мнѣнія Шабада и Герасимовича.

П. П. Эминетъ (Харьковъ): О третьемъ элементѣ въ крови. Докладчикъ на основаніи цѣлаго ряда опытовъ со свѣжей кровью изучалъ характеръ пластинки въ крови, причемъ оказалось, что при введеніи въ организмъ какого-либо яда, въ крови развиваются особыя пластинки, специфически окрашивающіяся нѣкоторыми красками. Докладчикъ полагаетъ, что это послѣднее обстоятельство можетъ играть большую роль въ дѣлѣ распознаванія цѣлаго ряда инфекціонныхъ заболѣваній. Далѣе оказалось, что при введеніи въ организмъ токсиновъ количество пластинокъ значительно увеличивается. Въ виду такого отношенія пластинокъ къ токсинамъ и микроорганизмамъ, дающаго имъ право на почетное имя «охранителей жизни» организма, докладчикъ предлагаетъ дать имъ болѣе подходящее имя: «токсавиты».

Якушевичъ (Харьковъ) считаетъ опыты докладчика важнымъ пріобрѣтеніемъ для науки и жалѣетъ, что докладъ не былъ прочитанъ въ секціи по физіологіи, гдѣ вопросъ въ средѣ спеціалистовъ могъ бы быть болѣе освѣщенъ, и предлагаетъ учредить на слѣдующемъ съѣздѣ особую секцію по клинической гематологіи. Предложеніе принято.

26 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ прив.-доцентъ П. В. Кусковъ (Москва).

Н. И. Красногорскій (Спб.): О разстройствѣ воднаго питанія у грудныхъ дѣтей. Разстройство воднаго питанія въ грудномъ возрастѣ встрѣчается, по мнѣнію докладчика, чаще, чѣмъ разстройство питанія отъ кормленія жиромъ и отъ кормленія углеводами. Въ разстройствѣ воднаго обмѣна можно различить три стадіи—въ первой стадіи колебанія вѣса, даже при кормленіи углеводами; вторая стадія—скрытаго отека; третья стадія—клиническаго реактивнаго отека. Наступленіе отека у грудныхъ дѣтей при пищѣ богатой солями можетъ не сопровождаться увеличенной задержкой солей въ организмѣ, а протекаетъ съ пониженнымъ балансомъ. Въ этомъ отношеніи были сдѣланы докладчикомъ нѣсколько опытовъ обмѣна продолжительностью по три дня, вводилось большое количество молочной сыворотки. Связь между вхожденіемъ въ циркуляцію организма большихъ количествъ солей и возникновеніемъ у нѣкоторыхъ дѣтей при этомъ реактивнаго отека докладчикъ усматриваетъ въ распатывающемъ дѣйствіи циркулирующихъ солей на интермедіарный водный обмѣнъ. При наступленіи отековъ солевой режимъ противопоказанъ и слѣдуетъ перейти къ бѣлково-углеводному кормленію.

Шабадъ (Спб.) указываетъ, что первой стадіей разстройства воднаго обмѣна докладчика есть, въ сущности говоря, Bilanzstörung Finkelstein'a, вторая стадія—есть разстройство питанія, а явленія третьей стадіи нерѣдко наблюдаются при подкожномъ вливаніи поваренной соли. До сихъ поръ всѣ эти явленія характеризовали какъ разстройство обмѣна солей и углеводовъ, а новое толкованіе докладчика основано лишь на его трехдневныхъ опытахъ обмѣна солей. Однако для такого утвержденія необходимы опыты продолжительностью по меньшей мѣрѣ въ 14 дней.

Г. И. Гордонъ (Спб.): О вліяніи алкоголизма на способность матери кормить дѣтей. Докладчикъ оговаривается, что работа его, за неимѣніемъ статистическаго матеріала о Россіи, покоится лишь на статистикѣ Bunge, полагающаго, что въ 45% случаевъ неспособности матери къ кормленію причиной является алкоголизмъ.

Раухфусъ (Спб.) указываетъ, что, за неимѣніемъ фактическаго матеріала о Россіи, пренія не могутъ вынести чего-либо существеннаго, и предлагаетъ поручить коммиссіи секціи сдѣлать анкету по этому вопросу. Собраніе согласилось съ мнѣніемъ Раухфуса.

Л. В. Аксеновъ (Спб.): 360 случаевъ скарлатины, леченныхъ сывороткой Moser'a *). Сыворотка изготовленія Московскаго Бактеріологическаго Института (лишь въ нѣсколькихъ случаяхъ Института Экспериментальной Медицины) была примѣнена на 20% всѣхъ скарлатинныхъ больныхъ Выборгской дѣтской больницы. Смертность среди леченныхъ сывороткой выражалась цифрой 27% и была тѣмъ выше, чѣмъ ниже возрастъ ребенка и чѣмъ меньше сыворотки было введено. Осложненіе скарлатины нефритомъ наблюдалось лишь въ 8% подвергнутыхъ леченію сывороткой. Температура падала до нормы послѣ впрыскиванія черезъ 4 часа—въ 8% всѣхъ случаевъ, черезъ 6 часовъ—въ 65% и черезъ 10 часовъ—уже 90% имѣли нормальную температуру. Сыпь при раннемъ

*) Докладъ читанъ въ Общ. дѣтск. врач. 24 марта 1910 г.

примѣненія исчезала, на шелушеніе же вліянія не сказывалось. Особенно рѣзкимъ было улучшеніе общаго самочувствія, обстоятельство, которому докладчикъ придаетъ большое значеніе. Отрицательныя стороны сыворотки сказались въ сывороточныхъ осложненіяхъ—ихъ было 65%; абсцессы на мѣстѣ впрыскиванія наблюдались въ 28 случаяхъ, urticaria въ 37% всѣхъ случаевъ, повторная urticaria въ 13 случаяхъ, эритема въ 39% всѣхъ случаевъ, пораженія суставовъ наблюдались 48 разъ, отеки не представляли ничего серьезнаго. Пятнадцати больнымъ была впрыснута для провѣрки лечебнаго дѣйствія Moser'овской сыворотки чистая лошадиная сыворотка—она не дала, однако, никакого положительнаго эффекта. Докладчикъ считаетъ весьма существеннымъ вводить сыворотку какъ можно раньше и впрыскивать ее не менѣе 150 куб. стм. Повторное введеніе сыворотки не приноситъ пользы.

Ф. Г. Румянцевъ (Спб.): Къ вопросу о леченіи скарлатины сывороткой Moser'a. У докладчика было 194 случая, леченныхъ сывороткой, вводилась она подкожно—въ исключительныхъ случаяхъ per rectum. Сывороткой Института Экспериментальной Медицины пользовались 108 разъ—смертность среди леченныхъ ею была 35%; 86 случаевъ были пользованы сывороткой Московскаго Бактеріологическаго Института—смертность выразилась цифрой 17%. Рѣзче всего сказывалось дѣйствіе сыворотки на общее самочувствіе, паденіе температуры и на дѣятельность сердца и пульсъ, въ смыслѣ улучшенія. Однимъ изъ недостатковъ сыворотки докладчикъ считаетъ отсутствіе опредѣленнаго титра ея.

П. И. Пименовъ (Спб.): Сыворотка Marmorek'a, какъ предохранительное и лечебное при скарлатинѣ средство. Сыворотка Marmorek'a, отрицающаго, какъ извѣстно, стрептококковую этіологію скарлатины, имѣется въ двухъ видахъ: № 1 какъ профилактическая и № 2 какъ лечебная. И съ той, и съ другой сывороткой докладчикъ пришелъ къ совершенно отрицательнымъ результатамъ. Изъ 92 больныхъ, профилактически пользованныхъ сывороткой, заболѣло скарлатиной 7%, изъ 92 не пользованныхъ и находившихся въ тѣхъ же условіяхъ—2%; изъ 70 леченныхъ сывороткой дѣтей умерло 12, выздоровѣло 52, изъ 64 контрольныхъ скарлатинныхъ больныхъ умерло 3, выздоровѣло 59.

Винокуровъ (Одесса) считаетъ, что сыворотка Moser'a дѣйствительно могла бы являться лечебнымъ средствомъ, если бы эффектъ ея сказывался въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, между тѣмъ именно въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины она часто не даетъ положительнаго результата. Цифра смертности среди леченныхъ сывороткой—22% немногимъ уступаетъ обычной цифрѣ смертности при скарлатинѣ. Эмметъ (Харьковъ) держится отрицательнаго взгляда на лечебное дѣйствіе сыворотки. Она не предохраняетъ ни отъ нефрита, ни отъ міокардита. Отъ большаго количества впрыскиваемой сыворотки сильно повышается кровяное давленіе и пульсъ становится не регулярнымъ. Клименко (Спб.) считаетъ примѣненіе Moser'овской сыворотки теоретически необоснованнымъ, такъ какъ нѣтъ еще доказательствъ этіологическаго значенія стрептококка, какъ возбудителя скарлатины. Результаты, достигаемые сывороткой, настолько шатки, что примѣненіе ея даже не даетъ возможности сдѣлать предсказаніе относительно исхода скарлатины. Бродскій (Спб.) примѣнялъ сыворотку Moser'a въ нѣсколькихъ случаяхъ съ хорошими результатами. Проф. Соколовъ (Спб.) считаетъ, что доказательства этіологическаго значенія стрептококка несомнѣнно существуютъ. Вакцина Габричевскаго даетъ въ ослабленной

формѣ симптомокомплексъ скарлатины, и не слѣдуетъ забывать, что стрептококки здѣсь умерщвлены, между тѣмъ какъ при настоящей скарлатинѣ они обладаютъ полной вирулентностью. Дѣйствіе сыворотки Moser'а производитъ благопріятное впечатлѣніе. Въ свое время были, вѣдь, противники и антидифтерійной сыворотки. Бляхеръ (Спб.) указываетъ, что отрицательныя данныя о сывороткѣ Moser'а идутъ отъ тѣхъ врачей, которые мало примѣняли ее, впрыскивали поздно и только въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ. Между тѣмъ всѣ примѣнявшіе ее въ большомъ масштабѣ единодушны относительно благопріятнаго результата. Кусковъ (Москва) указываетъ, что въ Москвѣ сыворотка была примѣнена въ самомъ широкомъ масштабѣ; было лечено сывороткой около 20.000 случаевъ. Изъ обсужденія этихъ случаевъ въ Московскомъ обществѣ дѣтскихъ врачей можно было вынести самое благопріятное для сыворотки впечатлѣніе.

---

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ К. А. Раухфусъ (Спб.).

П. Я. Корольковъ (Спб.): **Къ вопросу объ изслѣдованіи нервной системы у зародышей и дѣтей при примѣненіи новѣйшихъ способовъ окраски.** Докладчикъ примѣнялъ для окраски срѣзовъ способы Golgi и Marchi. Способъ Golgi является способомъ прижизненной окраски и удается лучше всего, если окраска сдѣлана непосредственно послѣ смерти; на трупахъ, лежавшихъ нѣкоторое время, эта окраска не удается. Лучше всего красятся по этому способу безмякотныя волокна. По этой причинѣ срѣзы центральной нервной системы зародышей хорошо окрашиваются. На срѣзахъ, обработанныхъ по способу Golgi, элективно окрашиваются пирамидальные пучки, substantia nigra, оливы. Докладчику удалось найти перекрестъ пирамидальныхъ пучковъ въ верхней трети моста. Докладъ сопровождался демонстраціей препаратовъ и рисунковъ.

Е. С. Рабиновичъ (Спб.): **Антиферментативная сила кровяной сыворотки при разныхъ заболѣваніяхъ въ дѣтскомъ возрастѣ.** Изслѣдованія докладчицы производились по способу Müller-Jochman'а на Löffler'овской пластинкѣ. Сыворотка смѣшивалась съ соотвѣтствующимъ количествомъ капель 1% раствора трипсина Grübler. У здоровыхъ дѣтей коэффиціентъ антифермента, т. е. соотношеніе между количествомъ капель сыворотки и трипсиннаго раствора до задержки протеолиза—былъ постоянною величиной и не отличался отъ коэффиціента для взрослыхъ. У 10 тифозныхъ дѣтей замѣчалось въ разгарѣ болѣзни повышеніе коэффиціента до 1 : 8, между тѣмъ какъ въ началѣ болѣзни и къ концу 4-й недѣли онъ былъ нормаленъ: 1 : 4. При typhus recurrens во время приступа коэффиціентъ антифермента былъ 1 : 10. При хроническихъ пневмоніяхъ коэффиціентъ былъ нѣсколько повышенъ: 1 : 5, 1 : 6. Пониженіе коэффиціента наблюдалось при паренхиматозномъ и интерстиціальномъ нефритѣ. При chorea, psoriasis найденъ нормальный коэффиціентъ.

Герасимовичъ (Царское Село) получалъ при диспепсіи нормальный титръ вмѣсто трипсина въ противоположность Lust'у, наблюдавшему повышеніе коэффиціента. Растворъ трипсина легко портится и потому въ послѣднее время примѣнялась смѣсь его съ глицериномъ. Абельманъ (Спб.) производилъ изслѣдованія надъ ферментомъ въ калѣ у дѣтей. При брюшномъ тифѣ въ первые 10 дней заболѣванія замѣчается уменьшеніе триптическихъ свойствъ въ испражненіяхъ. Эти свой-

ства прогрессируютъ съ конца второй недѣли. Повышеніе количества фермента въ фекальныхъ массахъ можно себѣ объяснить только всасываніемъ ферментовъ вслѣдствіе нарушенія функціи лимфатическихъ железъ всего кишечника. При истощеніи младенцевъ (paedatrophia) найдено полное исчезновеніе фермента. Способъ изслѣдованія антифермента имѣетъ будущее. Проф. Соколовъ указываетъ на желательность выясненія вопроса о вліяніи того или иного рода пищи на количество антифермента въ крови.

И. Я. Винокуровъ (Одесса): О возвратномъ тифѣ у дѣтей. Съ 1890 по 1910 годъ въ дѣтскомъ отдѣленіи Одесской еврейской больницы было 290 случаевъ возвратнаго тифа. Болѣзнь протекала легко, смертныхъ случаевъ былъ всего—лишь одинъ, осложненій почти не было. Хорошій исходъ возвратнаго тифа у дѣтей докладчикъ ставитъ въ связь съ здоровымъ состояніемъ у нихъ сердечной мышцы и отсутствіемъ алкогольныхъ измѣненій въ печени. Для окраски спириллъ докладчикъ примѣнялъ въ послѣднее время способъ окраски жидкой тушью. Докладъ сопровождался демонстраціей атипичныхъ температурныхъ кривыхъ и препаратовъ спириллъ возвратнаго тифа, окрашенныхъ жидкой тушью.

П. П. Эминетъ (Харьковъ): О соотношеніи роста, вѣса, пульса и кровяного давленія между собой и съ нѣкоторыми физіологическими и патологическими состояніями дѣтскаго организма по группамъ народонаселенія и возрастамъ. Докладчикъ демонстрируетъ цѣлый рядъ діаграммъ, иллюстрирующихъ эти соотношенія, особенно же измѣненія, наступающія въ періодѣ достиженія половой зрѣлости.

По вопросу о вскармливаніи дѣтей и кормиличномъ промыслѣ собраніе принимаетъ слѣдующее постановленіе: 1) Убѣдившись въ полномъ отсутствіи точныхъ фактическихъ данныхъ въ Россіи по вопросу о способахъ вскармливанія дѣтей грудного возраста съ перваго дня рожденія въ смыслѣ распространенія естественнаго или искусственнаго, а также вліянія даннаго способа кормленія на дѣтскую смертность, секція дѣтскихъ болѣзней постановила обратиться ко всѣмъ русскимъ врачамъ въ городахъ, деревняхъ и селахъ съ просьбой принять участіе въ коллективной работѣ и отвѣтить на вопросы по выработанной секціей программѣ. 2) Считая обычный способъ найма кормилицъ, сопряженный съ лишеніемъ собственнаго ребенка кормилицы его законной пищи, несовмѣстимымъ съ высокимъ призваніемъ врача, какъ охранителя здоровья человѣчества, и противорѣчащимъ основнымъ законамъ медицины, какъ гуманитарной науки, секція дѣтскихъ болѣзней постановила: наемъ кормилицъ допустимъ только при слѣдующихъ условіяхъ: 1) женщины, которая кормила ребенка не менѣе 3 мѣсяцевъ, 2) при условіи кормленія кормилицей одновременно двоихъ дѣтей—своего и чужого. Необходима законодательная нормировка кормиличнаго промысла.

М. Т. Алексѣевъ (Харьковъ): Объ ознакомленіи дѣтей съ физіологіей половой сферы. Матеріалами для доклада послужили работы родительскаго комитета при одной изъ Харьковскихъ гимназій съ совмѣстнымъ обученіемъ, которыя были затѣмъ переданы въ научное совѣщаніе при каѳедрѣ дѣтскихъ болѣзней Харьковскаго университета для обсужденія и выработки положеній. Совѣщаніе пришло къ заключенію, что широкое распространеніе среди учащихся онанизма, раннія половыя сношенія и венерическія заболѣванія являются въ значительной мѣрѣ слѣдствіемъ невнимательнаго отношенія къ этому вопросу со стороны врачей и педагоговъ. Для борьбы съ этимъ общественнымъ зломъ слѣдуетъ заботиться объ ознакомленіи дѣтей при преподаваніи гигіены школьнымъ

врачемъ съ сущностью половой жизни и физіологіей половой сферы. До 10-лѣтняго возраста слѣдуетъ лишь сообщать свѣдѣнія о размноженіи въ растительномъ царствѣ и у низшихъ животныхъ, съ 13 лѣтъ можно знакомить и съ патологіей половой сферы. Бесѣды эти должны вестись отдѣльно съ мальчиками врачемъ мужчиной и съ дѣвочками врачемъ женщиной по строго установленной программѣ.

Раухфусъ, указывая на чрезвычайную сложность вопроса и невозможность детальнаго обсужденія его за недостаткомъ времени и отсутствіемъ компетентныхъ педагоговъ, предлагаетъ собранію признать, что въ главныхъ чертахъ высказанныя положенія правильны, детальная, однако, разработка вопроса можетъ быть произведена только въ авторитетномъ собраніи врачей и педагоговъ, для чего желательна передача вопроса въ общество экспериментальной педагогики и на съѣздъ экспериментальной психологіи. Собраніемъ принимается такое постановленіе.

Въ заключительной своей рѣчи К. А. Раухфусъ указалъ, что ростущій интересъ къ педіатріи позволяетъ разсчитывать на созывъ спеціальнаго педіатрическаго съѣзда въ ближайшемъ будущемъ.

Соединенное засѣданіе секціи дѣтскихъ болѣзней съ секціями патологической анатоміи и женскихъ болѣзней, по дѣтской смертности по патолого-анатомическимъ даннымъ.

22 апрѣля (утромъ).

Засѣданіе открывается привѣтственнымъ словомъ проф. Д. А. Соколова. Почетнымъ предсѣдателемъ избирается Д. Е. Гороховъ (Москва).

Проф. Н. Ф. Виноградовъ (Спб.): Смертность въ Спб. Воспитательномъ домѣ по патолого-анатомическимъ даннымъ (за отсутствіемъ автора прочитанъ секретаремъ секціи). Наибольшій процентъ смертности дѣтей совпадаетъ съ первымъ годомъ жизни, причемъ наибольшее число умершихъ даетъ возрастъ въ 3—4 мѣсяца. Это подтверждается наблюденіями въ Спб. Воспитательномъ Домѣ за послѣднія 14 лѣтъ. Съ 1900 до 1910 года въ Спб. Воспитательномъ Домѣ на 108.470 пользовавшихся этимъ учрежденіемъ дѣтей приходится 8139 вскрытій. Данныя этихъ вскрытій: 72% смертности—отъ острыхъ заболѣваній дыхательныхъ путей; 16,9% — отъ острыхъ желудочно-кишечныхъ заболѣваній. Болѣзни, отъ которыхъ погибаютъ дѣти въ Спб. Воспитательномъ домѣ: tbc. съ пораженіемъ легкихъ, селезенки, печени и почки, хроническая бугорчатка легкихъ, инфлуэнца (15%), рожа (5%), сифилисъ. Врожденный порокъ сердца наблюдался въ 5%. Туберкулеза суставовъ не было. Врожденный туберкулезъ наблюдался крайне рѣдко. Дифтеритъ свилъ себѣ въ Воспитательномъ Домѣ прочное гнѣздо, и наибольшаго распространенія достигъ въ 1909 г. (10%). Наибольшая смертность относится къ 1908 году. Велико число заболѣваній и смерти отъ гнойныхъ заболѣваній, въ частности отъ otitis media purulenta.

Ф. Ф. Сысоева (Спб.): Смертность дѣтей по патолого-анатомическимъ даннымъ Елизаветинской дѣтской больницы.

Изъ 810 произведенныхъ вскрытій въ 27% найденъ туберкулезъ. Распознаваніе смертности по годамъ иллюстрируется представленной діаграммой. Наиболѣе воспріимчивыми къ туберкулезу годами являются 2 и 3 годы жизни. Наибольшее число заболѣваній туберкулезомъ относится къ первымъ тремъ мѣсяцамъ года и къ октябрю, наименьшее—къ іюлю. Миліарный tbc. наблюдался въ 55% всѣхъ случаевъ; онъ одинаково поражаетъ мальчиковъ и дѣвочекъ. Исходнымъ пунктомъ заболѣваній туберкулезомъ является лимфатическій аппаратъ. По локализаціи заболѣванія первое мѣсто занимаютъ легкія, за ними слѣдуетъ селезенка. Наблюдаются случаи локализаціи tbc. только въ бронхіальныхъ железахъ и селезенкѣ. По частотѣ заболѣванія печень занимаетъ третье мѣсто. Рѣже заболѣваютъ почки, а заболѣваніе надпочечниковъ наблюдается крайне рѣдко. Источникомъ развитія туберкулеза мозговыхъ оболочекъ является заболѣваніе бронхіальныхъ железъ, а хроническая бугорчатка развивается на почвѣ заболѣванія лимфатическаго аппарата. Туберкулезъ обыкновенно сопровождался плевритомъ. Въ смыслѣ образованія кавернъ при tbc. pulm. первенство принадлежитъ тоже 2 году жизни. Латентный tbc. сопровождаетъ острыя инфекціонныя заболѣванія, особенно дифтерію. Общее число заболѣваній tbc. за первые 3 года жизни вдвое больше, чѣмъ за послѣднія 9 лѣтъ. Кишечная форма распространяется съ большей равномѣрностью, чѣмъ легочная, причемъ отношеніе первой формы заболѣваній ко 2 = 1 : 23. Среди формъ tbc. первое мѣсто занимаетъ tbc. лимфатическаго и дыхательнаго аппарата; проникновеніе зараженія черезъ органы пищеваренія наблюдается рѣже.

П. С. Медовиковъ (Спб.): **Частота туберкулеза у дѣтей по патологическимъ даннымъ городской дѣтской больницы** (за отсутствіемъ докладчика прочитанъ секретаремъ секціи). Туберкулезныя измѣненія въ органахъ замѣчаются съ 4-го мѣсяца жизни, повышаясь до средняго дѣтскаго возраста, а затѣмъ процентъ заболѣваній идетъ на убыль. Вскрытіе обнаружило tbc. въ 22,7% случаевъ смерти отъ инфекціонныхъ болѣзней; общій процентъ туберкулезныхъ измѣненій = 33% вскрытій.

Г. Ф. Говоровъ (Спб.): **О распространеніи туберкулеза среди дѣтей по патолого-анатомическимъ даннымъ Николаевской дѣтской больницы.** Всего вскрытій было въ разбираемомъ матеріалѣ 75, т. е. почти въ половинѣ всѣхъ смертныхъ случаевъ. Въ 24% найденъ туберкулезъ. У другихъ авторовъ, какъ и у остальныхъ докладчиковъ, этотъ процентъ выше. Туберкулезныя дѣвочки преобладали надъ мальчиками. Наиболѣе распространена разсѣянная бугорчатка. Туберкулезъ, какъ осложненіе, наблюдался въ 29%.

В. П. Жуковскій (Спб.): **Ранняя дѣтская смертность (смертность новорожденныхъ) по патолого-анатомическимъ и клиническимъ даннымъ (изъ Императорскаго Родовспомогательнаго**

Заведенія). Совершенно напрасно акушеры приписываютъ большую смертность новорожденныхъ анатомо-физіологическимъ особенностямъ. Здѣсь большую роль играетъ патологія, и съ этой патологіей надо бороться. Желательно, чтобы въ каждомъ родовспомогательномъ заведеніи былъ врачъ-спеціалистъ по дѣтскимъ болѣзнямъ въ качествѣ консультанта. Что въ данномъ случаѣ разумный уходъ и разумная терапія могутъ что-нибудь сдѣлать доказывается хотя бы тѣмъ фактомъ, что теперь уже почти исчезли или гораздо рѣже встрѣчаются тѣ болѣзни новорожденныхъ, о которыхъ раньше такъ много писали, какъ, напр., tetanus отъ зараженія, болѣзни Винкеля и Буля etc. Здѣсь особенно важенъ асептическій уходъ за дѣтьми. Но все-таки покамѣстъ, чѣмъ ближе къ сроку рожденія, тѣмъ смертность больше (13—57—0,25%).

Раппопортъ по поводу доклада Сысоева замѣтилъ, что нельзя дѣлать заключеніе о времени заболѣванія туберкулезомъ на основаніи данныхъ о вскрытіяхъ. Проф. Соколовъ обратилъ вниманіе на сообщеніе о Спб. Воспитательномъ Домѣ, гдѣ получаетъ широкое распространеніе туберкулезъ, тутъ же пріобрѣтаемый, гдѣ 10% дифтеріи собственнаго происхожденія, гдѣ наблюдается гораздо большая смертность, чѣмъ въ населеніи, отъ инфлуэнцы (15%), отъ рожи (5%), т. е. инфекціонныхъ заболѣваній, образующихъ, очевидно, мѣстную эпидемію. Далѣе изъ всѣхъ приведенныхъ докладчиками данныхъ видно, что туберкулезъ прочно осѣлъ въ Петербургскихъ дѣтскихъ больницахъ. Эти же данныя указываютъ на то, что туберкулезное зараженіе входитъ черезъ дыхательные пути, и это противорѣчитъ мнѣнію Behring'а о кишечномъ происхожденіи tbc. Слѣдовательно, всѣ принятыя въ этомъ отношеніи предохранительныя мѣры не имѣютъ особаго значенія (напр., стерилизація молока etc.), такъ какъ не охраняютъ главнаго мѣста проникновенія заболѣванія — дыхательныхъ путей. Скловскій, по поводу данныхъ о смерти дѣтей въ Спб. Воспитательномъ Домѣ, отмѣтилъ, что смертность зависитъ отъ острыхъ заболѣваній дыхательныхъ путей, а также отъ вторичныхъ инфекціонныхъ болѣзней. Для устраненія мѣстныхъ зараженій слѣдовало бы дезинфецировать палаты. Кривскій по поводу ранней смертности дѣтей сообщаетъ цифры Петербургскихъ городскихъ пріютовъ. За послѣднія 10 лѣтъ поступило въ городскіе родильные пріюты въ Спб. 135.446 роженицъ, срочныхъ родовъ было 90,4%, преждевременныхъ—7%, выкидышей—16%. Изъ 134.395 родившихся дѣтей мертворожденныхъ и мацерированныхъ было 3,5%. Выписалось дѣтей живыми 97%; умерло 2,3%; переведено въ больницы и пріюты для недоносковъ—0,6%. Общая потеря мертворожденными и умершими въ первые 7 дней—5,9%. Эминетъ (Харьковъ) обратилъ вниманіе на то, что наклонность къ заболѣванію туберкулезомъ наблюдается и позже указаннаго докладчиками возраста, а именно: отъ 1 до 5 лѣтъ; 10 годъ тоже считается туберкулезнымъ. Шабадъ указалъ, что при уходѣ за дѣтьми груднаго возраста надо изолировать хилыхъ и слабыхъ, въ частности рахитическихъ младенцевъ, такъ какъ именно эти дѣти предрасположены къ разнымъ заболѣваніямъ. Въ этомъ смыслѣ играютъ роль заграницей такъ назыв. box'ы, служащіе цѣлямъ изоляціи. Къ этому мнѣнію присоединились и Герасимовичъ, Королевъ, Раппопортъ. Долинскій обратилъ вниманіе на невозможную обстановку воспитательныхъ домовъ, переполненіе воздуха помѣщеній массой гнилостныхъ міазмовъ, дающихъ гнойныя заболѣванія. Предсѣдатель, резюмируя пренія, отмѣтилъ, что, несомнѣнно, переполненіе воспитательныхъ домовъ играетъ роль въ развитіи туберкулеза; съ другой стороны, указанія на необходимость особаго ухода за дѣтьми груднаго возраста правильно. Екатерининскій Воспитательный Домъ ввелъ отдѣленіе грудныхъ дѣтей отъ матерей, и этимъ уже достигъ пониженія процента смертности съ 6 до 5. Къ этому же методу начинаютъ теперь прибѣгать и другіе воспитательные дома въ Москвѣ. Положенія докладчиковъ будутъ представлены въ секцію по борьбѣ съ дѣтской смертностью.

Секція XIII. Кожныя и венерическія болѣзни.

22 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ П. А. Павловъ (Москва).

В. В. Ивановъ (Спб.): Къ этіологіи folliclis. Докладчикъ демонстрировалъ 3 больныхъ, муляжи и много фотографическихъ снимковъ. Положенія доклада сводятся къ слѣдующему: a) Не существуетъ убѣдительныхъ наблюденій, указывающихъ на возможность развитія folliclis у субъектовъ не туберкулезныхъ. b) Бациллярно-туберкулезная теорія въ этіологіи folliclis болѣе всего обоснована фактическими данными, добытыми главнымъ образомъ за послѣдніе 3 года. c) Весьма вѣроятно, что въ недалекомъ будущемъ folliclis изъ группы туберкулидовъ будетъ перенесенъ въ группу истинныхъ туберкулезныхъ пораженій кожи. d) Съ клинической точки зрѣнія помимо морфологическаго характера сыпи особенное значеніе имѣетъ локализація ея; поэтому случаи съ нетипичной локализаціей даютъ поводъ къ смѣшенію съ сыпями другого характера. e) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ скрытаго туберкулезнаго заболѣванія внутреннихъ органовъ folliclis выступаетъ, какъ единственный симптомъ.

А. С. Кечекъ (Спб.): Сравнительная оцѣнка терапевтическаго вліянія лампы Finsen'a и кварцъ-лампы Kromayer'a на волчанку и нѣкоторыя другія болѣзни кожи. Докладчикъ, на основаніи литературнаго изученія вопроса и своихъ немногочисленныхъ (4 случая) наблюденій, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: a) Вопросъ о терапевтическомъ значеніи кварцъ-лампы изученъ далеко не вполнѣ и можетъ считаться открытымъ. b) Кварцъ-лампа по глубинѣ своего дѣйствія на ткань уступаетъ лампѣ Finsen'a. c) Хорошимъ показаніемъ для леченія кварцъ-лампой являются поверхностные дерматозы, хотя въ 1-мъ случаѣ lupus vulgaris, тамъ, гдѣ одинъ единственный узелокъ упорно не поддавался леченію по Finsen'y, онъ безъ слѣда исчезъ послѣ примѣненія кварцъ-лампы. Успѣшный результатъ послѣдней докладчикъ видѣлъ въ 1-мъ случаѣ упорнаго lupus erythematodes и 1-мъ случаѣ naevus vasculosus (демонстрація больной). Демонстрируется также случай излеченнаго по Finsen'y lupus erythematodes лица со стойкимъ успѣхомъ (съ момента излеченія прошло 3 года).

На вопросъ Кочетова (Спб.), какъ великъ процентъ излеченія, докладчикъ отвѣтилъ, что по его матеріалу, леченному по Finsen'y, онъ равенъ 42% (73 случая успѣха изъ 181 лечившихся). И хотя у самого Finsen'a процентъ излечившихся = 51%, однако эта разница объясняется не технической стороной дѣла леченія, а соціально-экономическими условіями датскаго и русскаго паціента. Эліасбергъ (Рига) указываетъ, что при дѣйствіи кварцъ-лампы съ разстоянія (22 стм.) можно получить при lupus erythematodes очень хорошіе результаты.

В. И. Теребинскій (Спб.): Можно-ли считать незаразительными проявленія третичнаго періода сифилиса? На основаніи единичныхъ клиническихъ наблюденій, фактовъ изъ области наслѣдственнаго сифилиса, экспериментальной разработки вопроса въ связи съ современными взглядами на сущность третичнаго періода болѣзни, никакъ

нельзя утверждать, что проявленія гуммознаго или третичнаго сифилиса незаразительны. (Докладъ будетъ напечатанъ во Врачебной Газетѣ).

Докладъ вызвалъ оживленныя пренія. Нѣкоторые (Петерсенъ, Мещинковскій, Фридманъ, Михайловскій, Павловъ и Гундоровъ) высказывались за незаразительность на практикѣ гуммозныхъ проявленій сифилиса, другіе (Эліасбергъ) считали, что извѣстный процентъ третичныхъ проявленій заразителенъ. Гурвичъ, указывая, что съ научной точки зрѣнія сифилисъ третичнаго періода заразителенъ, высказался, что практическія данныя не даютъ права рѣшать вопросъ о заразительности сифилиса. Соловьевъ объяснялъ, что возбудитель сифилиса можетъ быть въ организмѣ въ видѣ особаго недѣятельнаго состоянія, причемъ въ это время больной незаразителенъ. Кульневъ считаетъ, что вопросъ этотъ не настолько созрѣлъ, чтобы его можно было рѣшить въ томъ смыслѣ, какъ это сдѣлано докладчикомъ. Необходима дальнѣйшая экспериментальная разработка вопроса. Если стать на точку зрѣнія докладчика, то у всякаго сифилитика право на женитьбу отнято навсегда. Архангельская наблюдала случай существованія у проститутки папулезной высыпи съ бугорковымъ сифилисомъ. Докладчикъ указалъ, что приводимыя имъ научныя данныя не встрѣтили возраженія; практической стороны онъ не касался и потому онъ всецѣло поддерживаетъ положеніе.

Формулировка предсѣдателя не была принята собраніемъ и для выработки болѣе точной формулировки избрана коммиссія.

---

25 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ на первую половину засѣданія прив.-доц. М. А. Членовъ (Москва), а на вторую—А. А. Суховъ (Кронштадтъ).

С. Ф. Проскуряковъ (Спб.): Къ вопросу о призрѣніи женщинъ рабочаго класса Петербурга, больныхъ венерическими и кожными болѣзнями. По годовымъ отчетамъ Калинкинской городской больницы за 1898—1907 годы. Заразный сифилисъ составляетъ 45,8% всего числа вольныхъ больныхъ; 25,8% комиссныхъ, 32,9% бланковыхъ и 24,7 билетныхъ больныхъ. Изъ кожныхъ болѣзней вшивость и чесотка, взятыя вмѣстѣ, составляютъ 40,9% всѣхъ поступленій съ кожными болѣзнями. Такой высокій процентъ свидѣтельствуетъ о низкомъ уровнѣ культуры и экономическаго благосостоянія больныхъ Калинкинской больницы. Организація амбулаторнаго леченія чесотки и вшивости совмѣстно съ дезинфекціей ихъ платья сохранила бы больницѣ значительное число свободныхъ мѣстъ для леченія болѣе серьезныхъ заболѣваній. Изъ женщинъ, посѣщающихъ амбулаторію, 40% больны сифилисомъ въ заразномъ періодѣ. Цифры движенія больныхъ въ Калинкинской городской больницѣ показываютъ, что движеніе это совершается въ направленіи значительнаго увеличенія числа вольныхъ больныхъ какъ въ больницѣ, такъ и въ амбулаторіи ея, и уменьшенія числа больныхъ принудительно лечимыхъ, особенно группы билетныхъ, но въ меньшей степени также и бланковыхъ. Явленіе это надо разсматривать, какъ указатель направленія реформы надзора за проституціей — реформы, которая составляетъ настоятельную нужду общества, въ виду несомнѣнно выяснившейся неудовлетворительности существующей системы надзора, ясно безполезной въ смыслѣ ограниченія распространенія венерическихъ болѣзней и въ то же время вызывающей

цѣлый рядъ нежелательныхъ въ общественномъ смыслѣ явленій. Въ основу реформы надзора за проституціей должно быть поставлено раздѣленіе врачебнаго надзора отъ полицейскаго. Такимъ образомъ принудительность медицинскихъ осмотровъ и леченія уничтожается. Полицейская же часть надзора должна быть основана на опредѣленномъ законѣ, а не на административныхъ распоряженіяхъ. Сводничество и торговля женщинами для цѣлей разврата должны быть законодательнымъ путемъ признаны уголовными преступленіями. Число мѣстъ для быльныхъ кожными и венерическими болѣзнями въ С.-Петербургѣ меньше истинной потребности въ нихъ населенія.

Соловьевъ, какъ бывшій врачъ врачебно-полицейскаго комитета, показываетъ на живыхъ примѣрахъ, какъ недостаточна дѣятельность этого комитета. Осмотръ женщинъ часто—самый поверхностный, а организація дѣла такова, что «зданіе комитета надо срыть, а мѣсто выжечь». Фридманъ указываетъ, что число мѣстъ въ военныхъ госпиталяхъ для венерическихъ больныхъ также ниже той цифры, которая необходима для войскъ, находящихся въ Петербургѣ. Михайловскій, какъ бывшій врачъ врачебно-полицейскаго комитета, утверждаетъ, что функція послѣдняго сводится не на борьбу съ сифилисомъ, а на то, чтобы какъ-нибудь сгладить зло. Увеличеніе числа больницъ и уничтоженіе принудительности леченія—вотъ истинные способы борьбы съ венерическими болѣзнями. Кульневъ указываетъ, что существующая организація въ смыслѣ леченія венерическихъ и кожныхъ болѣзней въ больницахъ недостаточна. Необходимо увеличеніе числа больничныхъ мѣстъ. Въ преніяхъ принималъ участіе Эрлихъ.

Постановленіе секціи: 1) Признавая остро назрѣвшимъ вопросъ о регламентаціи проституціи въ Россіи, секція считаетъ необходимымъ включить этотъ вопросъ въ программу слѣдующаго Пироговскаго съѣзда и проситъ образовать при Пироговскомъ Обществѣ спеціальную коммиссію для коренной разработки этого вопроса съ тѣмъ, чтобы полученные результаты представить слѣдующему съѣзду.

2) Въ виду того, что ростъ поступленія въ Калинкинскую больницу превышаетъ ростъ населенія, является необходимымъ устройство новыхъ больницъ (мужской и женской) для венерическихъ и кожныхъ больныхъ, причемъ необходимо существованіе въ городѣ такой больницы, куда не принимались бы регламентированныя проститутки, а только вольныя больныя.

Секретарь сообщаетъ результаты работъ коммиссіи, избранной для выработки формулы по докладу В. И. Теребинскаго: «Можно-ли считать незаразительными проявленія третичнаго періода сифилиса».

Коммиссія не могла примирить отдѣльныхъ взглядовъ, а потому передаетъ на разсмотрѣніе собранія отдѣльныя положенія: 1) Заразительность сифилиса въ третичномъ періодѣ до сихъ поръ не доказана и противъ нея говорятъ долголѣтнія наблюденія всѣхъ практическихъ врачей (проф. Петерсенъ). 2) Имѣющіяся немногочисленныя литературныя данныя не позволяютъ признать заразительными проявленія третичнаго періода (проф. Кульневъ). 3) Не отрицая въ приводимыхъ докладчикомъ клиническихъ и экспериментальныхъ данныхъ фактовъ, указывающихъ на возможность въ нѣкоторыхъ крайне ограниченныхъ случаяхъ передачи сифилиса продуктами «проявленій» третичнаго періода, нельзя все-таки не признать, что они почти совершенно теряются въ массѣ наблюденій отрицательнаго характера, а потому въ практическомъ отношеніи еще нѣтъ достаточныхъ основаній отказываться отъ стараго взгляда, установленнаго, можно сказать, вѣками клиническаго опыта (проф. Павловъ). 4) Съ практической точки зрѣнія можно считать проявленія третичнаго сифилиса незаразительными (Ивановъ, Павловъ). 5) Заразительность третичнаго сифилиса не можетъ быть отрицаема въ виду нахожденія спирохэтъ въ гуммахъ и прививаемости его обезьянамъ (проф. Заболотный). 6) Вопросъ о незаразительности третичнаго періода сифилиса не можетъ считаться окончательно рѣшеннымъ (Эрлихъ). 7) Нѣтъ достаточныхъ основаній считать каждое третичное (гуммозное или позднее) проявленіе си-

филиса непремѣнно незаразительнымъ (Теребинскій). 8) Гуммозный сифилисъ можетъ быть заразительнымъ (Соловьевъ и Эліасбергъ).

По поводу этихъ положеній высказались Ельцина, Друскинъ, Гебштейнъ, Григорьевъ, Борманъ и Персіяновъ.

Постановленіе секціи: Въ виду того, что мнѣнія о заразительности третичныхъ проявленій сифилиса рѣзко расходятся, необходимо образовать коммиссію при Пироговскомъ Обществѣ для всесторонняго выясненія этого вопроса.

П. А. Павловъ (Москва) демонстрировалъ муляжи, фотографическіе снимки и микроскопическіе препараты случая blastomycosis cutis.

Борманъ и Гурвичъ считаютъ этотъ случай не бластомикозомъ, а стафилококкціей, Теребинскій и Ивановъ, наоборотъ, присоединяются къ мнѣнію докладчика.

П. А. Павловъ демонстрировалъ муляжъ, микроскопическіе препараты и фотографіи случая pemphigus syphiliticus adultorum.

Соколовъ (Москва) считаетъ случай за syphilis cutanea papulosa cornea vegetans и на пузыри смотритъ, какъ на образованіе вторичнаго характера. Теребинскій указываетъ, что найденныя докладчикомъ микроскопическія полости въ эпителіальныхъ частяхъ не убѣдительны въ смыслѣ доказательства пузырной натуры высыпи, такъ какъ изслѣдованію подверглось вегетирующее дно пузырей, а не периферія свѣжихъ элементовъ. Ивановъ отмѣчаетъ, что случай трудно поддается точному распознаванію, такъ какъ ни клинически, ни гистологически не дано тѣхъ доказательствъ, которыя рѣшали бы вопросъ: имѣется-ли здѣсь дѣло съ вульгарной пузырной сыпью у сифилитика, пустулезнымъ сифилидомъ, сифилитической папулой, осложненной эксудативнымъ процессомъ, или той рѣдкой формой (діагнозъ докладчика), гдѣ сифилисъ играетъ непосредственную роль въ образованіи пузырей. Клинически не ясно, каковъ начальный элементъ высыпи: пузырь или папулезный инфильтратъ. Микроскопическое изслѣдованіе также не рѣшаетъ этого вопроса. Павловъ (Спб.) полагаетъ, что данное заболѣваніе можно было бы разсматривать, какъ разновидность пустулезныхъ сифилидовъ, а необычность картины объяснить необычностью локализаціи. Гундоровъ наблюдалъ случай pemphigus syphiliticus у солдата, причемъ развитіе элемента, прослѣженнаго съ самаго начала, происходило по типу образованія пузыря, безъ предшествовавшаго отложенія сифилитическаго инфильтрата. Въ этомъ случаѣ, кромѣ того, у больного одновременно наблюдалось пораженіе центральной нервной системы.

В. И. Теребинскій демонстрировалъ случай такъ называемыхъ множественныхъ доброкачественныхъ саркоидовъ Boeck'a.

Соединенное засѣданіе секцій кожныхъ болѣзней и бактеріологіи.

24 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ В. И. Недригайловъ (Харьковъ).

П. П. Маслаковецъ и Я. Ю. Либерманъ (Спб.): О Wassermann'овской реакціи. Техника реакціи окончательно еще не установлена, несмотря на многочисленныя предложенія. Разнообразіе методики вліяетъ на результатъ изслѣдованія. По анкетѣ докладчиковъ, на одну и ту же сыворотку разныя заграничныя лабораторіи дали разнородные отвѣты. При выполненіи Wassermann'овской реакціи возможны ошибочныя заключенія, въ зависимости отъ разныхъ причинъ. Источникомъ ошибокъ можетъ служить прежде всего избытокъ комплемента. Правда, всѣ примѣняютъ 5% эмульсію эритроцитовъ; но въ то время какъ одни ведутъ разсчетъ на дефибринированную кровь, другіе считаютъ на отмытые

эритроциты. Получающаяся при этомъ разница вполнѣ очевидна: чѣмъ больше эритроцитовъ, тѣмъ больше нужно комплемента. Ошибка можетъ происходить также отъ неодинаковаго разведенія эритроцитовъ; чѣмъ крѣпче гемолитическій амбоцепторъ (берутъ 1:400 и 1:800), тѣмъ меньше комплемента идетъ на гемолизъ. Чаще всего ошибки возникаютъ отъ неодинаковаго содержанія комплементарной энергіи въ опредѣленномъ количествѣ (0,1 куб. стм.) сыворотки. Шаблонная дозировка также вводитъ въ заблужденіе. Дозировка антигена далеко не безразлична. Для того, чтобы создать одинаковыя условія работы, необходимо титровать антигенъ, несмотря на то, что противъ этого многія лабораторіи возстаютъ. Титрованіемъ антигена можно уловить всякія ошибки. При этомъ необходимо замѣтить, что титровать антигенъ нужно нормальной сывороткой, а не поваренной солью. Далѣе слѣдуетъ имѣть въ виду, что отнюдь нельзя работать съ однимъ только антигеномъ, но что необходимо имѣть по крайней мѣрѣ три антигена изъ различныхъ органовъ. Бываютъ случаи, когда два антигена даютъ гемолизъ, а третій даетъ задержку. Провѣрка сыворотки должна производиться при тѣхъ же дозахъ, при которыхъ ставится реакція, но съ дозой комплемента меньшей, чѣмъ для опыта. Методика изслѣдованія должна быть однообразной, во избѣжаніе дискредитированія самой реакціи. Съ этой цѣлью нужно избрать спеціальную коммиссію.

В. А. Меркурьевъ (Харьковъ): Техника и практическое значеніе Wassermann'овской реакціи при сифилисѣ. Докладчикъ приводитъ 739 случаевъ частью вирулентнаго, частью латентнаго сифилиса (см. слѣд. табл.). Изъ этихъ наблюденій докладчикъ дѣлаетъ выводъ, что Wassermann'овская реакція должна быть признана специфической. При постановкѣ опытовъ необходимо работать съ нѣсколькими специфическими антигенами. Неспецифическіе антигены уступаютъ въ чувствительности специфическимъ и могутъ быть примѣняемы только наряду съ послѣдними, но не самостоятельно. Способы приготовленія антигеновъ могутъ оказывать вліяніе на результаты реакціи Wassermann'а. Между обнаруженіемъ реакціи Wassermann'а и проявленіями сифилиса существуетъ зависимость: въ первые годы послѣ зараженія даже при отсутствіи клиническихъ явленій, а въ поздніе годы при существованіи таковыхъ, получается высокій процентъ положительной реакціи Wassermann'а, въ поздніе же годы при отсутствіи клиническихъ явленій — положительный результатъ получается рѣдко. Специфическое леченіе можетъ оказывать вліяніе на результатъ реакціи Wassermann'а, поэтому желательно, если нѣтъ противопоказаній, леченіе проводить до полученія отрицательнаго результата. Только положительный результатъ имѣетъ значеніе для діагноза сифилиса. Отрицательный результатъ не исключаетъ заболѣванія сифилисомъ. Отрицательный результатъ пріобрѣтаетъ нѣкоторое значеніе для дифференціальнаго діагноза при существованіи кожныхъ сыпей, при туберкулидахъ, при опухоляхъ, говоря противъ ихъ сифилитическаго происхожденія. Въ поздніе годы послѣ зараженія, при отсутствіи клиническихъ

	Періодъ болѣзни.	Число случаевъ.	Реакція Wassermann'a: положит.	Реакція Wassermann'a: отрицат.
Вирулентный сифилисъ.	первичный	11	11 [1])	—
	вторичный	42	40	2
	третичный	11	10	1

	Давность болѣзни.	Число случаевъ.	Реакція ярко положит.	Реакція слабо положит.	Реакція отрицат.
Латентный сифилисъ.	До 3 лѣтъ.	31	28	—	3
	» 5 »	32	21	4	7
	» 10 »	14	3	6	5
	» 15 »	12	7	3	2
	» 20 »	14	10	2	2
	» 25 »	12	6	5	1
	» 30 »	9	3	4	2
	Безъ срока.	73	45	8	20
	Наслѣдственный	9	7	1	1
	Прогрессивн. параличъ. .	44	44	—	—
	Tabes	15	13	—	2
	Язва безъ другихъ явленій сифилиса.	37	9	6	22
	Сомнительн. случаи . . .	108	38	10	60
	Не-сифилитики.	129	—	—	129
	Діагн. неизвѣстенъ . . .	136	34	—	102

проявленій въ теченіе долгаго промежутка времени, повторно полученная отрицательная реакція Wassermann'a можетъ указывать на выздоровленіе.

Ю. А. **Финкельштейнъ** (Москва): **Клинико-лабораторная практика Wassermann'овской реакціи.** Докладчикъ развилъ слѣдующія положенія. При пользованіи воднымъ сифилитическимъ антигеномъ реакція Wassermann'a оказывается специфичной. Подъ вліяніемъ леченія реакція ослабляется и даже исчезаетъ. Положительная реакція всегда указываетъ на наличность сифилиса. Отрицательный результатъ изслѣдованія не рѣшаетъ вопроса. При изслѣдованіи необходимо придерживаться техники, указанной Wassermann'омъ.

Ю. А. **Финкельштейнъ** (Москва): **Къ техникѣ количественнаго опредѣленія Wassermann'овской реакціи.** Въ виду того, что всѣ предложенныя до сихъ поръ схемы страдаютъ тѣмъ недостаткомъ, что онѣ субъективны, докладчикъ предлагаетъ объективный методъ

[1]) Въ томъ числѣ одинъ далъ положительную реакцію на 7-й, а другой—на 10-й день послѣ зараженія.

изслѣдованія. Для этой цѣли онъ придумалъ особый приборъ, который онъ назвалъ комплементометромъ.

Ю. И. Эліасбергъ (Рига): Къ теоріи и практикѣ серодіагностики сифилиса по способу Wassermann'a. Собственно говоря, это не чисто біологическая, а химическая или химико-біологическая реакція, ибо она получается и отъ не-сифилитическихъ органовъ. Но для клиническихъ цѣлей она можетъ считаться специфичной, если исключить такія болѣзни, какъ проказа и скарлатина, діагностика которыхъ не представляетъ никакихъ затрудненій, и framboesia tropicalis, которая для насъ не имѣетъ значенія, ибо она не встрѣчается въ нашихъ краяхъ. При скрытомъ сифилисѣ также получалась положительная реакція, а именно:

	У леченныхъ.	У не леченныхъ.
Отъ 3 до 10 лѣтъ	63%	100%
„ 10 до 20 „	66%	75%
Болѣе 20 лѣтъ.	25%	100%

Вообще при клинически установленномъ сифилисѣ положительная реакція получается въ 79, а отрицательная — въ 21% всѣхъ случаевъ. Но уже при леченіи число положительныхъ случаевъ сокращается до 25%. По изслѣдованіямъ итальянскихъ авторовъ, сулема обладаетъ гемолитическимъ дѣйствіемъ. Съ этимъ нельзя не считаться при оцѣнкѣ результатовъ изслѣдованія по способу Wassermann'a, въ связи съ ртутнымъ леченіемъ. Не касаясь сущности реакціи, которая остается пока совершенно неизвѣстной, нужно замѣтить, что на данныхъ реакціи нельзя строить рѣшенія вопроса о леченіи. Далѣе, опытъ показываетъ, что съ одной стороны положительная реакція не можетъ служить препятствіемъ къ вступленію въ бракъ, ибо при положительной реакціи у отца можно получить отрицательную у его жены и дѣтей; съ другой стороны, отрицательная реакція не гарантируетъ отъ выкидыша. Для практическаго врача клиническій опытъ и наблюденіе несравненно важнѣе, чѣмъ Wassermann'овская реакція. Всѣ прогрессивные паралитики даютъ всегда положительную реакцію, и отрицательный результатъ изслѣдованія можетъ служить своего рода утѣшеніемъ для лицъ, имѣвшихъ несчастіе заразиться сифилисомъ, въ томъ смыслѣ, что имъ пока не угрожаетъ опасность заболѣть прогрессивнымъ параличемъ.

Ю. И. Эліасбергъ (Рига): Серодіагностика и распознаваніе сифилитическихъ и метасифилитическихъ заболѣваній центральной нервной системы. Изслѣдовавъ сыворотку и спинномозговую жидкость въ 50 случаяхъ заболѣванія центральной нервной системы, докладчикъ нашелъ, что при прогрессивномъ параличѣ положительная реакція получается въ 100% случаевъ, а при tabes'ѣ тѣмъ чаще, чѣмъ дольше существуетъ это заболѣваніе; чѣмъ свѣжѣе tabes, тѣмъ чаще онъ обнаруживается въ крови и тѣмъ рѣже въ цереброспинальной жидкости.

А. Н. Соловьевъ (Спб.): Клиническое значеніе реакціи Wassermann'a. Обширный матеріалъ автора, обнимающій нѣсколько сотъ случаевъ, показываетъ, что только положительная реакція имѣетъ рѣшающее значеніе, отрицательный результатъ можетъ имѣть нѣкоторое значеніе, но только въ рукахъ спеціалиста. По наблюденіемъ докладчика Wassermann'овская реакція оказалась полезной при рѣшеніи такихъ практически чрезвычайно важныхъ вопросовъ, какъ выборъ кормилицы, няни, бонны, вступленіе въ бракъ и пр. Реакція Wassermann'a имѣетъ значеніе и для прогноза: положительный результатъ, при повторныхъ изслѣдованіяхъ, заставляетъ опасаться развитія прогрессивнаго паралича. Подъ вліяніемъ специфическако леченія реакція становится отрицательной. Въ случаѣ положительной реакціи нужно вести леченіе до тѣхъ поръ, пока реакція изъ положительной не превратится въ отрицательную. Теорія антитѣлъ Wassermann'a несостоятельна. Антигенъ можно взять и изъ нормальныхъ органовъ. Положительный результатъ указываетъ на наличность болѣзни. Реакція можетъ оставаться положительной и по исчезаніи клиническихъ явленій. При специфическомъ леченіи положительная реакція постепенно исчезаетъ и дѣлается отрицательной.

Златогоровъ также считаетъ необходимымъ титровать всѣ ингредіенты, въ особенности комплементъ и еще въ большей степени — антигенъ, который мѣняется очень легко, даже въ теченіе одного дня. Онъ признаетъ преимущества спиртовыхъ антигеновъ передъ водными. Розенталь считаетъ, что количественное опредѣленіе (Финкельштейна) должно считаться пока преждевременнымъ. По силѣ реакціи нельзя судить о тяжести заболѣванія. Optimum реакціи не всегда совпадаетъ съ maximum'омъ появленія реагиновъ. Венцховскій (Спб.) предлагаетъ съѣзду высказаться по вопросу: нужно ли подвергать антисифилитическому леченію табетиковъ и прогрессивныхъ паралитиковъ, въ виду того, что у нихъ получается положительная реакція. Вильмъ (Спб.) считаетъ, что реакція Wassermann'a лишена не только абсолютнаго, но и приблизительнаго значенія; для невропатолога и психіатра важнѣе всего клиническій опытъ. И послѣдній показываетъ, что tabes и прогрессивный параличъ отнюдь нельзя лечить ртутью. Ртутное леченіе этихъ болѣзней представляетъ non sens съ точки зрѣнія психіатра. Противъ реакціи говоритъ еще и то, что методика ея примѣненія далеко не однородна, и сущность самой реакціи далеко еще не выяснена. Засѣдателевъ (Кіевъ) обращаетъ вниманіе на то, что для нервнаго врача имѣетъ большое значеніе также лимфоцитозъ цереброспинальной жидкости. Реакція Wassermann'a заслуживаетъ вниманія не только въ діагностическомъ, но и въ терапевтическомъ отношеніи. Въ самомъ началѣ tabes'a показано специфическое леченіе. При tabes conjugale (Babinski) получается положительная реакція Wassermann'a и лимфоцитозъ. Гейконъ считаетъ, что табетиковъ, у которыхъ имѣются признаки lues'a, нужно подвергать специфическому леченію ради lues'a, а не изъ-за tabes'a. При tabes'ѣ и прогрессивномъ параличѣ, даже въ самомъ началѣ болѣзни, нельзя примѣнять ртутное леченіе. Вильмъ также считаетъ ртуть безполезной и даже вредной при tabes'ѣ. Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе Гессъ, Ситниковъ, Ѳушинскій, Либерманъ, Констансовъ (Ѳеодосія). Предсѣдатель, резюмируя пренія, предлагаетъ выбрать коммиссію для разработки методики. Вопросъ о Wassermann'овской реакціи объявить программнымъ для будущаго съѣзда. Послѣднее предложеніе принято собраніемъ единогласно, по вопросу о задачахъ избранной коммиссіи вновь возникли пренія, въ которыхъ приняли участіе: Карташовъ (Армавиръ), Либерманъ, Эліасбергъ, Финкельштейнъ. Собраніе признаетъ важное діагностическое значеніе за реакціей Wassermann'a, а избраніе коммиссіи предоставляетъ правленію съѣзда.

---

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ П. П. Крыловъ (Самара).

В. А. Меркурьевъ (Харьковъ): **Реакція связыванія комплемента при лепрѣ и брюшномъ тифѣ.** Докладчикъ получалъ у большинства больныхъ, страдающихъ какъ бугорковой, такъ и анэстезической проказой, реакцію Wassermann-Neisser-Bruck'а положительной. При тяжелыхъ формахъ брюшного тифа она всегда получалась отрицательной.

Либерманъ (Спб.) только различіемъ техники считаетъ возможнымъ объяснить такое рѣзкое несходство между данными докладчика и своими (въ совмѣстной работѣ съ Маслаковцомъ). Въ то время какъ докладчикъ работалъ съ алкогольнымъ экстрактомъ изъ органовъ сифилитическаго младенца (антигенъ), оппонентъ пользовался лишь воднымъ антигеномъ и сердцомъ морской свинки. Ни одинъ чистый случай лепры не далъ у нихъ реакціи связыванія комплемента. Эліасбергъ (Рига) замѣтилъ, что сыворотка лепрозныхъ часто сама, безъ прибавленія антигена, связываетъ комплементъ. Поэтому лучше работать съ меньшими количествами сыворотки. Докладчикъ возразилъ, что никогда не замѣчалъ, чтобы сыворотка лепрозныхъ въ количествѣ 0,2 сама по себѣ связывала бы комплементъ.

В. В. Феддерсъ: **Реакція связыванія комплемента при сапѣ у людей и животныхъ.** Антигеномъ служитъ маллеинъ въ разведеніи 1 : 300. Optimum реакціи $= t^0\ 40^0$. Реакція связыванія комплемента при этихъ условіяхъ строго специфична. Изъ 125 лошадей, больныхъ сапомъ, она дала положительный результатъ въ 122 случаяхъ. Реакцію эту можно получить уже на 14-й—17-й день болѣзни, въ то время какъ реакція на маллеинъ получается не раньше 25-го дня. У людей съ хронической формой сапа, перешедшей въ выздоровленіе, авторъ въ 1-мъ случаѣ получилъ положительный результатъ, причемъ черезъ 2 года послѣ излеченія реакція эта, послѣ цѣлаго ряда положительныхъ результатовъ, вдругъ сдѣлалась отрицательной; въ другомъ же случаѣ, — при ясной картинѣ заболѣванія, каждое изъ приведенныхъ 7 изслѣдованій на связываніе комплемента давало всякій разъ отрицательный результатъ. Докладчикъ рекомендуетъ при всякомъ подозрѣніи на сапъ у человѣка для скорѣйшаго выясненія природы заболѣванія производить такую реакцію, какъ для діагностическихъ цѣлей, такъ и въ интересахъ предпринимаемаго леченія.

Златогоровъ и Эліасбергъ указали на недостатки предлагаемаго докладчикомъ способа отмыванія бараньихъ эритроцитовъ большимъ количествомъ физіологическаго раствора, что избавляетъ отъ необходимости центрифугироваться. Послѣдній способъ безусловно заслуживаетъ всякаго предпочтенія передъ тѣмъ, что рекомендуетъ докладчикъ. Въ преніяхъ принималъ участіе Соловьевъ.

В. А. Меркурьевъ: **Полученіе реакціи связыванія комплемента при гонорреѣ.** Антигеномъ служила бактеріальная эмульсія изъ 24-часовой разводки гонококка, причемъ для приготовленія эмульсіи употреблялся антиформинъ. Антигенъ и сыворотка брались въ максимальномъ количествѣ, комплементъ—въ двойномъ минимальномъ. Всѣ комплементы, вмѣстѣ взятые, должны были составлять лишь $1^1/_2$ к. стм. Изъ 30 изслѣдованныхъ больныхъ съ различными формами гонорреи у 24 изъ нихъ получилась ясная реакція связыванія комплемента. У 17 лицъ съ трипперомъ въ анамнезѣ реакція получилась положительной

въ 2 случаяхъ. Интересно, что, какъ показало дальнѣйшее наблюденіе за этими 2 больными, у нихъ дѣло шло не о вполнѣ излеченномъ трипперѣ. Съ нормальной сывороткой положительной реакціи не было получено ни разу.

В. Е. Дембская (Спб.): Къ вопросу о серодіагностикѣ и вакцинотерапіи при гонорреѣ. Положенія доклада: 1) Реакція Bordet-Gengou можетъ служить цѣннымъ діагностическимъ подспорьемъ и заслуживаетъ дальнѣйшей разработки. 2) Леченіе гоноррея специфической вакциной можетъ дать хорошіе результаты при соблюденіи извѣстныхъ предосторожностей (вакцина непремѣнно должна быть свѣже-приготовленной). 3) Накопленіе въ организмѣ антитѣлъ Bordet не служитъ мѣриломъ борьбы организма съ инфецирующимъ началомъ, а скорѣе показателемъ токсэмическаго состоянія.

С. М. Зильберъ и В. А. Меркурьевъ (Харьковъ): Примѣненіе вакцины при гонорреѣ. Пользовались поливалентной вакциной (изъ нѣсколькихъ суточныхъ культуръ гонококковъ, убитыхъ тепломъ +56° въ теченіе одного часа). Вакцины испытывались впрыскиваніемъ животнымъ. При вакцинаціи наблюдалась рѣзкая мѣстная и общая реакція: сильная болѣзненность на мѣстѣ впрыскиванія, исчезающая обычно черезъ 1—2 часа; появленіе воспалительной опухоли на мѣстѣ инъекціи, спадавшей совершенно черезъ 1—2 дня; иногда наблюдалось увеличеніе лимфатическихъ железъ; t° повышалась, и чѣмъ рѣзче было это повышеніе, тѣмъ лучшаго терапевтическаго эффекта слѣдуетъ ожидать. Иногда реакція имѣла запоздалый характеръ, появляясь лишь черезъ 1—2 дня. Яснаго наростанія антитѣлъ у больныхъ (связываніе комплемента) подъ вліяніемъ вакцинаціи обнаружено не было. Лишь опсоническій index на 2-й день повышался, а затѣмъ падалъ. Очень хорошее терапевтическое дѣйствіе докладчикамъ пришлось наблюдать при заднихъ уретритахъ (отъ 3 до 8 вакцинацій), при эпидидимитахъ, артритахъ (послѣ 4 вакцинацій), простатитахъ и перитонитѣ (5 вакцинацій).

А. Н. Соловьевъ (Спб.): Къ леченію вакциной Wrigth'а и антигонококковой сывороткой доктора Torrey. Выводы: 1) Какъ свѣже-приготовленная вакцина Wrigth'а, такъ и антигонококковая сыворотка д-ра Torrey могутъ съ успѣхомъ примѣняться къ леченію уретритовъ какъ острыхъ, такъ и хроническихъ, простыхъ и осложненныхъ. 2) Антигонококковую сыворотку въ острыхъ случаяхъ полезно впрыскивать часто и большими дозами (4,0), въ хроническихъ рѣже и меньшими дозами (2,0 и меньше). 3) Покупная вакцина Wrigth'а, повидимому, никуда не годится. Хорошій результатъ наблюдался лишь въ 1 случаѣ, гдѣ была примѣнена свѣже-приготовленная вакцина.

Е. А. Дубровинъ (Екатеринодаръ): Леченіе гонорройныхъ заболѣваній впрыскиваніями убитыхъ культуръ гонококковъ и стрептококковъ. Выводы: 1) Впрыскиванія убитыхъ

(спиртомъ и нагрѣваніемъ) чистыхъ культуръ гонококковъ и смѣшанныхъ со стрептококками могутъ служить лечебнымъ средствомъ при хроническихъ гонококковыхъ страданіяхъ. 2) При острыхъ заболѣваніяхъ желательно получить сперва пассивный иммунитетъ впрыскиваніемъ сыворотки животныхъ, иммунизированныхъ гонококковыми вакцинами, а затѣмъ дальнѣйшее леченіе вести впрыскиваніемъ гонококковыхъ вакцинъ, можетъ быть, вмѣстѣ съ обычнымъ леченіемъ. 3) Среды для культуръ гонококковъ пока не удовлетворяютъ всѣмъ особенностямъ гонококковъ, такъ какъ гонококки, выращенные на питательныхъ средахъ, повидимому, болѣе похожи на гонококковъ при хроническихъ страданіяхъ, чѣмъ при острыхъ. 4) Впрыскиванія культуръ гонококковъ могутъ быть использованы съ цѣлью выясненія, здоровъ или боленъ данный субъектъ; при этомъ необходимо изслѣдованіе первой порціи утренней мочи на третій день послѣ впрыскиванія. 5) Болѣе старыя культуры — четырех- и шестидневныя—желательно испробовать при гонококковыхъ ревматизмахъ предпочтительно передъ двухдневными.

Златогоровъ замѣтилъ, что вопросъ о специфической терапіи гонорройныхъ заболѣваній находится лишь въ стадіи разработки, а потому въ выводахъ необходима осторожность. Основы всякой специфической терапіи заключаются въ томъ, что примѣненіе сыворотки предпочтительно въ острыхъ стадіяхъ заболѣванія, широкое же примѣненіе вакцины желательно въ хроническихъ случаяхъ. Въ рукахъ практика вакцинотерапія въ острыхъ случаяхъ безъ точной дозировки можетъ дать не пользу, а вредъ. Методы же опредѣленія дозировки шатки даже въ опытныхъ рукахъ. Вакцина, предлагаемая различными фирмами, не свѣжа, а потому не пригодна для леченія. Что касается леченія сывороткой, то этотъ вопросъ разработанъ до сихъ поръ недостаточно научно и благопріятные отзывы о немъ основаны главнымъ образомъ на впечатлѣніи наблюдателей. При этомъ сыворотка страшно дорога. Серодіагностика триппера въ опытныхъ рукахъ имѣетъ значеніе, особенно въ хроническихъ случаяхъ. Совинскій примѣнялъ вакцинотерапію въ 22 случаяхъ (вакцина была приготовлена Дембской). Успѣхъ наблюдался въ 5 случаяхъ при средней продолжительности леченія въ 2 мѣсяца. Послѣ впрыскиваній наблюдалась бурная реакція. Въ 17 случаяхъ успѣха не было, что оппонентъ объясняетъ возможностью ослабленія тканей гонотоксиномъ. Меркурьевъ указалъ, что дѣло проще объяснить не гонотоксиномъ, а стойкими измѣненіями слизистой уретры, съ которыми оппонентъ не могъ считаться, такъ какъ не примѣнялъ уретроскопическаго изслѣдованія у своихъ больныхъ. Гурвичъ отказывается признавать благопріятное дѣйствіе специфическаго леченія на рѣзкія и стойкія структурныя измѣненія ткани при хронической гонорреѣ: спайки, срощенія и т. д. Меркурьевъ замѣтилъ, что со всѣмъ этимъ можно успѣшно бороться инструментальнымъ и хирургическимъ вмѣшательствомъ. Вакцинотерапія гарантируетъ при этомъ стойкость успѣха. Аникинъ считаетъ, что методика примѣненія вакцины имѣетъ крупные недостатки Впрыскиваніе вакцины должно вызывать лишь быстро проходящее покраснѣніе, а никакъ не болѣзненность, опухоль и т. д. Благопріятный эффектъ получался не всегда, а была-ли учтена возможность смѣшанной инфекціи? Научный контроль при вакцинаціи обязателенъ, иначе этотъ методъ леченія обреченъ на судьбу туберкулина Koch'а. Дозировка вакцины имѣетъ огромное значеніе. Опредѣленіе опсоническаго index'а обязательно. По колебаніямъ же температуры не приходится дѣлать никакихъ выводовъ; такъ какъ нѣтъ полнаго параллелизма между колебаніями кривыхъ: температурной и опсонинной. Вакцинотерапія должна примѣняться при единствѣ методики (Wrigth). Дембская указываетъ, что приготовляемая ею вакцина почти не вызываетъ мѣстной реакціи. Опредѣленіе опсоническаго index'а для гонококковъ хлопотливо и нецѣлесообразно, такъ какъ и нормальными лейкоцитами безъ слѣда опсониновъ гонококки хорошо фагоцитируются. Методъ Таранухина, опубликованный въ его диссертаціи, и легче, и объективнѣе.

Принято слѣдующее постановленіе: вопросъ о вакцинотерапіи при гонорреѣ и о леченіи антигонорройными сыворотками ставится въ число программныхъ на ближайшемъ Пироговскомъ съѣздѣ.

В. М. Здравосмысловъ (Пермь): Къ техникѣ обнаруженія блѣдной спирохэты. Повторное (2—3 р.) серебреніе съ послѣдующимъ возстановленіемъ мазковыхъ препаратовъ. Способъ описанъ въ „Русскомъ Врачѣ“ 1910 г., № 14. Въ бактеріологической лабораторіи Женскаго Медиц. Института докладчикомъ выставлены были микроскопическіе препараты.

В. И. Кедровскій (Москва): Къ вопросу о прививаемости проказы животнымъ. Докладчикъ выдѣлилъ изъ лепромъ культуру некислотоупорныхъ бактерій. Прививая кроликамъ въ черепную полость (субдуральное пространство) выдѣленную культуру, онъ вызывалъ у нихъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ своеобразное заболѣваніе (парезъ, узлы въ органахъ); при этомъ удалось выдѣлять культуру уже кислотоупорныхъ бактерій, ростущихъ при 37°. Эти культуры при дальнѣйшей прививкѣ ихъ животнымъ вызывали у нихъ заболѣваніе, чрезвычайно напоминающее по своей клинической и въ особенности микроскопической картинѣ (Leprazellen и т. д.) лепрозныя измѣненія. Докладчикъ считаетъ выдѣленныя имъ культуры за возбудителя лепры (слѣдуетъ демонстрація культуръ и рисунковъ микроскопическихъ препаратовъ).

Либерманъ замѣтилъ, что, имѣя въ рукахъ чистую культуру возбудителя проказы, слѣдовало бы воспользоваться ею, какъ антигеномъ для реакціи связыванія комплемента. Гюбертъ, исходя изъ того, что первоначальная культура, выдѣленная докладчикомъ, сильно отличалась отъ возбудителя лепры (отсутствіе кислотоупорныхъ свойствъ), считаетъ, что открытіемъ своимъ онъ не рѣшаетъ окончательно вопроса о разводкахъ возбудителя проказы. Маслаковецъ полагаетъ, что только біологическія доказательства (реакція агглютинаціи, связыванія комплемента и т. д.) могутъ окончательно выяснить вопросъ. Заболотный считаетъ, что полученіе всѣхъ этихъ реакцій будетъ только подтвержденіемъ столь крупнаго открытія, однако, неполученіе біологическихъ реакцій не дастъ никакого основанія для того, чтобы отрицать этіологическое значеніе найденной палочки.

Секція XIV. Нервныя и душевныя болѣзни.

22 апрѣля (утромъ).

Засѣданіе было открыто привѣтственной рѣчью проф. В. М. Бехтерева, высказавшаго, между прочимъ, сожалѣніе, что ни одна секція не можетъ собраться тамъ, гдѣ работалъ Н. И. Пироговъ, подъ кровомъ его alma mater.

Почетнымъ предсѣдателемъ предложенъ проф. В. П. Сербскій (Москва).

П. К. Вильмъ (Спб.): Діагностическое значеніе реакціи Wassermann'а при нервныхъ и душевныхъ заболѣваніяхъ. Докладчикъ выясняетъ относящуюся къ реакціи Wassermann'а терминологію, касается исторіи вопроса и сущности реакціи и останавливается на различной оцѣнкѣ ея діагностическаго значенія, которая дѣлается разными авторами. Wassermann въ 1100 случаяхъ здоровыхъ людей не находилъ положительной реакціи. Съ другой стороны, положительная реакція дѣлалась отрицательной подъ вліяніемъ леченія ртутью, іодомъ, лецитиномъ. Вообще, къ реакціи Wassermann'a существуетъ

двоякое отношеніе. Одни, какъ Lesser, позитивную реакцію считаютъ признакомъ активнаго сифилиса, хотя бы она опредѣлялась у прогрессивнаго паралитика или табетика, и считаютъ показательной для леченія ртутью. Другіе не находятъ ее специфичной и уменьшаютъ діагностическую цѣнность. Самъ докладчикъ полагаетъ, что клиническія наблюденія до сихъ поръ должны имѣть преобладающее значеніе, и только въ темныхъ, неясныхъ случаяхъ надо прибѣгать къ реакціи Wassermann'а.

П. В. Петровскій (Кіевъ): Къ вопросу о діагностическомъ значеніи реакціи Wassermann'а при прогрессивномъ параличѣ (по матеріалу психіатрическаго отдѣленія Кіевскаго военнаго госпиталя). Докладчикъ въ своихъ выводахъ основывается на 35 случаяхъ нервныхъ болѣзней, въ которыхъ д-ромъ Нещадименко была продѣлана Wassermann'овская реакція по методу, предложенному самимъ Wassermann'омъ, съ дополнительными контрольными опытами надъ явно здоровыми и завѣдомо сифилитичными субъектами. Въ 7 изъ 20 случаевъ прогрессивнаго паралича реакція оказалась отрицательной, причемъ въ одномъ изъ этихъ случаевъ реакція продѣлывалась, по недоразумѣнію, послѣ ртутнаго леченія. Выводъ, къ которому приходитъ докладчикъ, таковъ: не всякій прогрессивный параличъ—сифилитическаго происхожденія, сифилисъ—только одинъ изъ компонентовъ, составляющихъ причину прогрессивнаго паралича. Уже при третичномъ сифилисѣ послѣдній дѣлается пассивнымъ, паралитическія же явленія могутъ быть такими, какими бываютъ, положимъ, послѣдующіе параличи при заразныхъ болѣзняхъ.

Пренія, въ которыхъ приняли участіе Копосовъ, Муратовъ, Блюменау, Останковъ, Маслаковецъ, Бехтеревъ, Сербскій, главнымъ образомъ сконцентрировались на вопросѣ о связи прогрессивнаго паралича съ сифилисомъ. Всѣ высказывались за то, что въ основѣ прогрессивнаго паралича лежатъ комбинаціи разныхъ факторовъ; сифилисъ занимаетъ главное мѣсто. Реакція Wassermann'а является новымъ серологическимъ доказательствомъ связи сифилиса и прогрессивнаго паралича, реакція Wassermann'а, однако, не всегда говоритъ о сифилисѣ, она бываетъ, напр., при аутоиммунизаціи, при распаденіи клѣточныхъ элементовъ (Маслаковецъ). Большинство говорившихъ высказалось противъ леченія ртутью табетиковъ.

В. А. Дылева (Спб.): Современное ученіе о сущности истеріи. Истерія, какъ нозологическая единица, отживаетъ свой вѣкъ; на смѣну является ученіе о чисто функціональныхъ истерическихъ симптомахъ психогеннаго характера и истероидныхъ состояніяхъ. Французскіе ученые выдвинули группу разстройствъ, происходящихъ исключительно подъ вліяніемъ внушенія (пифіатическіе симптомы Babinsk'аго). Большая истерія считается продуктомъ искусственнаго культивированія. Вазомоторныя, трофическія и секреторныя разстройства, по мнѣнію большинства, объясняются подсознательной симуляціей (?) или служатъ осложненіемъ какого-либо самостоятельнаго болѣзненнаго процесса. Изъ германскихъ ученыхъ Freud видитъ въ основѣ истеріи сексуальныя травмы или же половыя извращенія. Цѣлый рядъ другихъ усматриваютъ въ ней общую душевную недостаточность. Сообразно съ взглядами на сущность болѣзни предла-

гается соотвѣтствующая терапія: Freud и его школа пользуется психоанализомъ, рядъ французскихъ ученыхъ, отказавшись даже отъ примѣненія гипноза, вводятъ такъ назыв. психотерапію высшаго порядка.

Проф. В. А. Муратовъ (Саратовъ): Къ нозологіи истерическаго психоза. Истерическими психозами надо считать такіе, которые обусловливаются психогенной истеріей, какъ основной болѣзнью. Они протекаютъ или въ острой формѣ съ припадочными разстройствами сознанія, или въ формѣ затяжного бреда. Что же касается такъ наз. истерическаго характера, то это подвидъ общаго дегенеративнаго типа, но съ истерическими чертами: повышенной внушаемостью и истерическимъ самолюбіемъ. Физическіе симптомы (парезы, анэстезіи) могутъ осложнять и другіе психозы; именно, нерѣдки случаи кататоніи и періодическаго психоза съ истерическими признаками. Послѣдніе наблюдаются и при алкогольныхъ формахъ психозовъ, причемъ надо знать, что видѣнія мелкихъ животныхъ наблюдаются и при чистой истеріи. Термины—истеро-эпилепсія, истеро-неврастенія указываютъ на компликацію симптомовъ, но въ основѣ опредѣляемыхъ ими психозовъ имѣется одна нозологическая форма—истерія. О сущности истерическихъ психозовъ можно сказать, что они зависятъ отъ разстройства соподчиненія и объединенности дѣятельности высшихъ психическихъ центровъ; при этомъ извѣстная часть представленій получаетъ преобладаніе надъ всѣми другими, измѣняя тѣмъ единство личности, а слѣдовательно и общее сознаніе; отсюда слѣдуютъ и сумеречныя состоянія его и происходящія бредовыя состоянія съ иллюзіями и галлюцинаціями во время припадковъ. Признавая за истеріей психогенное происхожденіе, нельзя считать половую травму исключительной причиной истеріи.

Рыхлинскій обратилъ вниманіе на одинъ типъ эмоціальной окраски, характеризующійся «недостаткомъ пріятнаго» (Ziehen); ему свойственны навязчивыя состоянія; это надо помнить, чтобы избѣгать смѣшенія. Петровскій указалъ, что теперь не только большая истерія, но и геміанэстезія вообще встрѣчается рѣдко. Герверъ высказался, что при истеріи надо предполагать эндогенныя причины: таковыми могутъ быть токсины, вызывающіе ослабленіе дѣятельности центральной нервной системы; къ этіологическимъ моментамъ надо отнести такимъ образомъ истощеніе организма. Жуковскій, проф. Бехтеревъ высказались противъ утвержденія, что геміанэстезія вызывается исключительно внушеніемъ. Результаты леченія Freud'а психоанализомъ не блестящи; слѣдуетъ примѣнять не только внушеніе, но и отвлеченіе (безъ гипноза). Кромѣ того, замѣчанія относительно доклада были сдѣланы проф. Останковымъ и проф. Муратовымъ.

---

22 апрѣля (вечеромъ).

Ж. И. Израэльсонъ (Спб.): О вліяніи измѣненій въ процессахъ внутренней секреціи на нервную систему. Докладчикъ продѣлалъ опыты съ экстирпаціей паратиреоидныхъ железъ у крысъ. Затѣмъ, когда начинались тетаническія судороги, онъ перевязывалъ nn. ischidicus и brachialis или перерѣзывалъ спинной мозгъ. Явленія тетануса прекращались. Такимъ образомъ, доказывается, что токсическое начало дѣйствуетъ на моторные центры центральной нервной системы. Опыты продѣлывались надъ 6 крысами (4-мя беременными). Измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ не постоянны (былъ замѣтенъ хроматолизъ ядра n. trige-

mini и распадъ фибриллей). При вскрытіи у крысъ опредѣлялась гипертрофія лѣваго желудочка. Докладчикъ думаетъ, что щитовидная железа и паратиреоидныя железы оказываютъ взаимно стимулирующее и тормозящее дѣйствіе. Изолированнаго страданія железъ съ внутренней секреціей обычно не наблюдается, одна железа заболѣваетъ вмѣстѣ съ другою.

В. П. Ясинскій (Полтава): Измѣненія железъ съ внутренней секреціей и ихъ значеніе въ этіологіи душевныхъ заболѣваній. Изслѣдовались въ 19 случаяхъ различныхъ психозовъ, преимущественно органическихъ, патолого-анатомическія измѣненія щитовидной железы, надпочечниковъ и мозгового придатка. Помимо другихъ явленій характерно измѣненіе вѣса: въ то время, какъ щитовидная железа оказалась ниже нормы по вѣсу, надпочечники и придатки были тяжелѣе нормальнаго. Можно предположить, что патологическія измѣненія ведутъ и къ нарушенію функціи.

В. В. Люстрицкій (Мещерское, Московской губ.): Современное положеніе вопроса о состояніи железъ внутренней секреціи при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ. Находятъ пониженіе дѣятельности щитовидной железы при эпилепсіи. Увеличеніе щитовидной железы при dementia praecox Kraepelin относитъ къ спорадическому кретинизму въ Баваріи, между тѣмъ русскіе авторы, констатируя то же самое явленіе, придаютъ ему большее значеніе (Муратовъ, Ющенко). Болѣзнь надпочечниковъ ставятъ въ связь съ міастеніей (болѣзнью Erb'a). Большое значеніе имѣетъ указаніе авторовъ, что поражаются одновременно нѣсколько железъ, изъ нихъ одна какая-либо играетъ преобладающую роль.

Владычко обратилъ вниманіе на то, что, согласно изслѣдованіямъ послѣдняго времени, не одной нервной системѣ принадлежитъ въ организмѣ регуляторная роль; надо предположить существованіе химической регуляціи соковъ; внутренней секреціей отличаются и такіе органы, какъ легкое, кишечная стѣнка, и они, слѣдовательно, участвуютъ своими химическими продуктами въ синергетической и антагонистической дѣятельности. Проф. Муратовъ указалъ, что необходимо изучать измѣненія железъ при одномъ какомъ-либо психозѣ, иначе трудно разобраться въ ихъ вліяніи на психическую дѣятельность. Бѣловскій замѣтилъ, что слово антагонистъ надо относить не только къ отдѣльнымъ органамъ, но въ одномъ и томъ уже органѣ есть части, противоположно дѣйствующія (яичникъ и желтое тѣло въ немъ дѣйствуютъ разно на сосудистую систему). Проф. Бехтеревъ напомнилъ о внутренней секреціи печени, такъ, Экковская операція вызывала явленія эпилепсіи; при изученіи вопроса о внутренней секреціи органовъ—важенъ экспериментальный методъ.

---

23 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ предложенъ проф. В. А. Муратовъ (Саратовъ).

П. Я. Розенбахъ (Спб.): О нозологическомъ значеніи такъ назыв. маніакально-депрессивнаго помѣшательства. Медицинская практика требуетъ, чтобы границы такъ назыв. маніакально-депрессивнаго психоза были по возможности рѣзче очерчены. Kraepelin'у принадлежитъ большая заслуга въ томъ, что онъ выдѣлилъ смѣшанныя состоянія, существованія которыхъ не можетъ не признать и

докладчикъ, но имъ упущена важная исходная точка зрѣнія, что маніакальныя и меланхолическія состоянія характеризуются пораженіемъ эмоціональной сферы. Поэтому, между прочимъ, Kraepelin ошибочно относитъ къ маніакальному ступору состоянія, характеризующіяся недоступностью больного, бредовыми идеями, неподвижностью, которую смѣняетъ внезапное соскакиваніе и проч. Ошибоченъ также его взглядъ на manische Hemmung. Всѣ подобныя состоянія, по докладчику, должны быть отнесены не къ маніи, а къ кататоніи. Вообще было бы удобнѣе психозы съ пораженіемъ эмоціональной сферы объединить подъ названіемъ аффективные психозы; сюда можно отнести состояніе, при которомъ нѣтъ ни грусти, ни веселья, а есть безразличіе. Вторую большую группу составятъ бредовые психозы, въ которую войдутъ и amentia, и paranoia.

Люстрицкій касается дифференціальной діагностики между маніакально-депрессивнымъ психозомъ и dementia praecox. Волны колебанія душевнаго настроенія при гебефреніи коротки, а при маніакально-депрессивномъ психозѣ имѣютъ мѣсячную продолжительность. Есть абортивныя формы маніакально-депрессивнаго психоза и есть формы, которыя слѣдовало бы называть циклотиміей. Кататоническіе симптомы при маніакально-депрессивномъ психозѣ крайне рѣдки, если только вообще встрѣчаются. Слабоуміе при маніакально-депрессивномъ психозѣ незначительно и рѣдко. Павловская считаетъ, что надо дать возможность развиться крайностямъ въ ученіи о маніакально-депрессивномъ психозѣ, ибо онѣ приведутъ къ новымъ идеямъ. Сербскій высказывается, что маніакально-депрессивный психозъ есть такая же симптоматологическая форма, какъ и прежнія. Kraepelin непослѣдователенъ: придавая значеніе періодичности въ одномъ случаѣ, напр., въ ученіи о дипсоманіи, въ другомъ онъ неосновательно отъ нея отказывается. Не ясна теорія Бехтерева, что въ основѣ маніакально-депрессивнаго психоза имѣется разстройство обмѣна веществъ и вліяніе индоксила Почему форма болѣзни оказывается одна и та же, несмотря на то, что доза индоксила должна рѣзко варіировать? Бехтеревъ считаетъ, что маніакально-депрессивный психозъ есть одно заболѣваніе въ разныхъ формахъ. Смѣшанныя же формы существуютъ въ природѣ вездѣ, даже между функціональными и органическими психозами возможны смѣшенія. Вмѣсто маніакально-депрессивный психозъ слѣдовало бы говорить маніакально-меланхолическій психозъ. Индоксилъ играетъ роль только промежуточнаго звена, а не производящей причины. Весьма важно, что пониженіе газообмѣна наблюдается и при меланхолическомъ, и при маніакальномъ состояніи. Когда мы изучимъ дѣятельность железъ внутренней секреціи и постигнемъ періодическія измѣненія въ нихъ, споръ о періодичности окажется лишнимъ. Amentia имѣетъ свое оригинальное ядро симптомокомплекса. То же нужно сказать и о резонирующей паранойѣ. Останковъ полагаетъ, что въ основѣ маніакально-депрессивнаго психоза можетъ оказаться измѣненіе тонуса сосудовъ. За самостоятельность паранойи высказался и Рыхлинскій; кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе Владычко и Лазурскій.

23 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. В. А. Муратовъ (Саратовъ).

Л. М. Пуссепъ (Спб.): **Объ оперативномъ леченіи головной водянки.** Сдѣлавъ историческую ссылку на Гиппократа, дѣлавшаго пункцію при головной водянкѣ, докладчикъ указалъ на то, что по иниціативѣ Wernicke была введена трепанъ-пункція и что, затѣмъ, Krause рекомендовалъ зашивать кожное отверстіе послѣ трепанаціи. Позднѣе стали предлагать трепанацію съ послѣдующимъ введеніемъ изогнутой трубочки и проколомъ въ средней части мозолистаго тѣла. Докладчикъ дѣлалъ свои операціи по способу Krause; онъ демонстрировалъ схематическіе

рисунки своихъ случаевъ на экранѣ. Всего имъ сдѣлано 8 операцій. Въ одномъ случаѣ оказалась водянка вслѣдствіе саркоматоза мозжечка съ быстро наступившимъ летальнымъ исходомъ. Былъ еще одинъ случай съ летальнымъ исходомъ, гдѣ обнаружился рядъ судорожныхъ припадковъ. Остальные 6 больныхъ живы и до сихъ поръ. Въ двухъ случаяхъ не прекращались явленія менингита, причемъ операція была средствомъ, понижающимъ внутричерепное давленіе. Въ остальныхъ случаяхъ были простыя явленія хронической головной водянки, и тутъ наблюдалось послѣ операціи улучшеніе. Операція при головной водянкѣ мало примѣняется, хотя она сравнительно проста и мало опасна.

Жуковскій обращаетъ вниманіе на то, что водянка есть лишь симптомъ разныхъ тяжелыхъ болѣзней; помогаетъ также спинальная пункція, о которой докладчикъ не упомянулъ. Рѣзниковъ (Харьковъ) приводитъ подробности операціи въ одномъ случаѣ оперативнаго вмѣшательства по способу Krause. Проф. Бехтеревъ отмѣчаетъ, что, конечно, при головной водянкѣ это операція симптоматическая; но тутъ мы имѣемъ дѣло иногда съ симптомами, убивающими человѣка. Поясничный проколъ облегчаетъ состояніе больного, но трепанація по Krause здѣсь дѣйствуетъ радикальнѣе. Проф. Муратовъ (Саратовъ) думаетъ, что здѣсь идетъ рѣчь объ эпендиматизмѣ; если улучшеніе и бываетъ, то въ этихъ случаяхъ оно могло бы наступить, можетъ быть, и безъ операціи. Что касается методики, то методъ Krause тутъ цѣлесообразнѣе, чѣмъ другіе.

Кромѣ того, въ преніяхъ принялъ участіе Давиденко (Харьковъ).

Л. М. Пуссепъ: Объ оперативномъ леченіи опухолей спинного мозга. Случаи удаленія опухолей спинного мозга увеличиваются довольно быстро; эти операціи были вначалѣ очень опасны, теперь же эта опасность уменьшается, хотя и остается довольно большой. Клиническое распознаваніе при спинальныхъ опухоляхъ не стоитъ прочно, такъ какъ часто бываютъ діагностическія ошибки; то превалируютъ здѣсь корешковыя явленія, то спинальныя. Докладчика интересуютъ въ настоящее время больше всего тѣ случаи, гдѣ опухоль развивается въ мозговыхъ оболочкахъ, производя давленіе на спинной мозгъ. Докладчикъ подробно описываетъ три своихъ случая; результаты получились благопріятные; опухоли доброкачественны.

Въ преніяхъ приняли участіе Кутузовъ, проф. Бехтеревъ, проф. Муратовъ.

В. Я. Анфимовъ сообщаетъ объ образовавшейся на съѣздѣ психіатровъ и невропатологовъ русской лигѣ борьбы противъ эпилепсіи для изученія послѣдней, для профилактики ея, для воспитанія, призрѣнія и леченія эпилептиковъ.

Выражено пожеланіе, чтобы съѣздъ своимъ авторитетомъ поддержалъ это начинаніе.

Р. Я. Голантъ и В. В. Срезневскій (Спб.): Электрокардіографическія изслѣдованія при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ. Докладчики описываютъ основанія аппарата, для этого примѣняемаго, демонстрируютъ свои кривыя на экранѣ и объясняютъ ихъ. Имѣя въ виду аномальныя субъективныя явленія со стороны сердца при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, докладчики произвели соотвѣтствующія изслѣдованія при разныхъ патологическихъ состояніяхъ нервной системы; они убѣдились въ томъ, что нѣкоторыя кардіограммы являются какъ бы

типичными для нѣкоторыхъ формъ психоневрозовъ. Касались докладчики изслѣдованій при dementia praecox и при маніакально-депрессивномъ психозѣ; но изслѣдованія эти являются еще незаконченными. Демонстрировалась интересная электрокардіограмма, полученная въ одномъ случаѣ міотоніи.

Проф. Бехтеревъ указываетъ на то, что полученіе электрокардіограммы является тонкимъ методомъ; изслѣдовать больного можно и на разстояніи, если имѣются проводы отъ аппарата къ физическому организму человѣка, который нужно изслѣдовать. Очень ясно и опредѣленно выясняются отличія невротическихъ сердечныхъ измѣненій отъ органическихъ. Однако методъ требуетъ новыхъ и новыхъ усилій. Получаются при электрокардіографіи новыя діагностическія данныя, напр., то, чего не даютъ ни выслушиваніе, ни сфигмографъ. Израэльсонъ обращаетъ вниманіе на то, что есть различныя формы сердечныхъ неврозовъ, и нужно сопоставленіе такихъ кривыхъ въ различныхъ случаяхъ. Проф. Муратовъ полагаетъ, что электрокардіограммы соотвѣтствуютъ тому, что можно бы ожидать при клиническомъ наблюденіи.

---

24 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ В. А. Копосовъ (Симбирскъ).

Проф. В. М. Бехтеревъ и С. Д. Владычко (Спб.): Объ экспериментально-объективномъ изслѣдованіи душевно-больныхъ. Экспериментально-психологическія изслѣдованія нервно-психической дѣятельности должны входить въ сферу объективнаго наблюденія клинициста наряду съ біохимическими реакціями. Не отрицая значенія разсказовъ больныхъ объ ихъ переживаніяхъ для субъективной психологіи, докладчики особенно рекомендуютъ примѣненіе объективной психологіи къ изслѣдованію душевно-больныхъ; они признаютъ недостаточной терминологію субъективной психологіи, давая свою терминологію объективной психологіи и указывая нѣкоторыя частности методики, ими предлагаемой; они стремятся поставить экспериментъ, сюда относящійся, возможно точнѣе, объективнѣе. Результаты изслѣдованія по методу объективной психологіи могутъ быть выражены въ цифрахъ, что имѣетъ, несомнѣнно, огромное преимущество. Докладчики демонстрировали нѣкоторыя кривыя; изъ нихъ видно, напр., что перерывъ въ работѣ въ опытахъ даетъ неодинаковые результаты у здоровыхъ и у психически-больныхъ; при маніакально-депрессивномъ психозѣ перерывъ въ работѣ ведетъ къ пониженію полученной уже приспособляемости. При изслѣдованіи по методу объективной психологіи обнаруживаются при душевныхъ болѣзняхъ и качественныя, и количественныя уклоненія отъ нормы. Обычные способы экспериментально-психологическаго изслѣдованія часто сложны и требуютъ нерѣдко лабораторной обстановки, что представляетъ большое неудобство въ психіатрической клиникѣ, въ то время какъ методика объективной психологіи проста, портативна и примѣнима буквально у постели больного. Въ заключеніе докладчики сообщаютъ результаты своихъ изслѣдованій и характерныя особенности для представителей различныхъ душевныхъ болѣзней и ссылаются на рядъ аналогичныхъ изслѣдованій (Ильинъ, Завадовскій, Анфимовъ, Гутманъ, Абрамовъ, Владимірскій, Война-Хоцковскій), а также на собственныя работы, уже опубликованныя.

Радкевичъ (Спб.) привѣтствуетъ новый путь, методику объективной психологіи; правда, методы пока еще несовершенны въ примѣненіи къ душевно-больнымъ и выводы пока малы и недостаточны. Кромѣ того при экспериментахъ съ душевно-больными существуетъ много побочныхъ условій, измѣняющихъ существенно получаемые результаты. Петровскій спрашиваетъ, отрицаютъ или нѣтъ докладчики значеніе другихъ прежнихъ методовъ изслѣдованія, которые относятся, по ихъ терминологіи, къ субъективнымъ (напр. общее впечатлѣніе). Рѣзниковъ отмѣтилъ, что онъ пользовался объективными методами изслѣдованія душевно-больныхъ уже давно, 12 лѣтъ тому назадъ. Владимірскій выразилъ пожеланіе, чтобы экспериментально-психологическая методика сдѣлалась предметомъ преподаванія среди курсовъ, читаемыхъ будущимъ врачамъ. Лазурскій указалъ, что методы, о которыхъ была рѣчь въ докладѣ, примѣняются съ большимъ успѣхомъ у ненормальныхъ и отсталыхъ дѣтей. Проф. Бехтеревъ отмѣтилъ, что клиническій методъ будетъ всегда существовать и будетъ вести насъ впередъ; предлагаемый же методъ является, несомнѣнно, дополнительнымъ къ клиническому, какъ основному.

Л. С. Павловская (Спб.): Объ оцѣнкѣ личности душевно-больныхъ. Существуетъ предразсудокъ, что у душевно-больныхъ не могутъ быть развиты сильнѣе, чѣмъ въ нормѣ, нѣкоторыя изъ высшихъ способностей душевной дѣятельности; и для разрушенія этого предразсудка докладчица высказываетъ рядъ своихъ соображеній, полагая, что экспериментально-психологическое изслѣдованіе показываетъ на возможность сохраненія тѣхъ или иныхъ сторонъ личности и высокаго развитія нѣкоторыхъ способностей у различныхъ душевно-больныхъ; такой выводъ, даже подкрѣпленный фактами, обычно принимается недовѣрчиво и нерѣдко отрицается; это отрицаніе основывается на убѣжденіи, что у душевно-больныхъ не можетъ быть хорошо развитыхъ сторонъ личности. Послѣдній взглядъ не имѣетъ за себя никакихъ фактическихъ данныхъ, а служитъ пережиткомъ старыхъ воззрѣній; нужно стремиться къ устраненію этого предвзятаго взгляда, ибо онъ мѣшаетъ научному развитію психіатріи и распространенію гуманныхъ взглядовъ на душевно-больныхъ.

Ф. Ф. Чарнецкій (Москва): Горячія ванны (30—35° по R.) въ терапіи душевныхъ болѣзней. Указавъ на техническія стороны примѣненія горячихъ ваннъ при нѣкоторыхъ душевныхъ болѣзняхъ, докладчикъ указываетъ на тѣ формы, которыя являются противопоказаніемъ при данной терапіи (эпилепсія, артеріосклерозъ, старческое слабоуміе); не получилось хорошаго результата и при маніакально-депрессивномъ психозѣ. Положительные результаты наблюдались при dementia praecox и при истерическомъ психозѣ. Средняя продолжительность ваннъ 7 минутъ.

Въ преніяхъ приняли участіе Жуковскій, Радкевичъ, проф. Бехтеревъ, Кащенко.

24 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ В. А. Копосовъ (Симбирскъ).

В. П. Протопоповъ (Спб.): Методы сочетательно-двигательныхъ рефлексовъ. Докладчикъ подробно излагаетъ свою методику сочетательно-двигательныхъ рефлексовъ, поясняя детали на демонстрируемыхъ рисункахъ. Экспериментальныя изслѣдованія, съ удаленіемъ опредѣленныхъ корковыхъ центровъ, показываютъ, что сочетательно-двигательные рефлексы локализируются въ мозговой корѣ.

Проф. В. М. Бехтеревъ (Спб.): Примѣненіе сочетательно-двигательныхъ рефлексовъ къ изслѣдованію нервныхъ и душевныхъ болѣзней. Сочетательный рефлексъ развивается на почвѣ простого рефлекса; это—оборонительный рефлексъ, воспитанный путемъ сочетаній. Методика, о которой идетъ сейчасъ рѣчь, и полученные результаты примѣнимы, напр., при обнаруженіи симуляціи, въ клиникѣ заболѣваній нервной системы; здѣсь мы имѣемъ способъ объективнаго изслѣдованія функцій нервной системы, способъ простой, точный, универсальный, независимый отъ личныхъ особенностей, благодаря чему получается возможность отличить симулированные параличи и анэстезіи отъ органическихъ пораженій; онъ не даетъ, однако, точекъ опоры для отличія симуляціи отъ внушенныхъ состояній. У кататониковъ получается сочетательный рефлексъ, что заставляетъ предполагать сохранность сочетательной дуги при ступорозныхъ состояніяхъ. То, что даетъ изслѣдованіе нервныхъ функцій по методу сочетательныхъ рефлексовъ, совпадаетъ съ данными, полученными по другимъ методамъ. Говоря о своей методикѣ, докладчикъ указываетъ на то, что здѣсь постепенно, при упражненіи, создается дифференцированіе сочетательныхъ рефлексовъ и пр. Изслѣдованіе обнаруживаетъ, что существуютъ площадки сочетательныхъ рефлексовъ, соотвѣтствующія Weber'овскимъ кругамъ. Данный методъ даетъ возможность опредѣлять не только существованіе связей периферіи тѣла съ корковыми центрами, но и связей межцентральныхъ. При разрушеніи пирамиднаго пучка невозможно воспитаніе сочетательно-двигательнаго рефлекса.

Ж. И. Израэльсонъ (Спб.): О выработкѣ топографической локализаціи раздраженія съ периферіи тѣла. Пользуясь методомъ сочетательно-двигательныхъ рефлексовъ, докладчикъ примѣнилъ его къ изученію локализаціи раздраженій на периферіи тѣла.

Проф. Муратовъ полагаетъ, что эта методика цѣнна при физіологическомъ изученіи и въ клиникѣ нервныхъ болѣзней. Напрасно игнорируются здѣсь субкортикальные центры и мозжечокъ; возможно здѣсь также участіе и внушенія. Годзяцкій (Рига) думаетъ, что новая методика окажется весьма полезной въ практикѣ военныхъ врачей при экспертизѣ по поводу травматическихъ болѣзней. Въ преніяхъ, кромѣ того, приняли участіе Петровскій, Сербскій.

Н. Е. Введенскій (Спб.): Нѣкоторые парадоксы рефлекторной раздражительности. Упомянувъ вкратцѣ объ условіяхъ торможенія въ нервной системѣ, докладчикъ переходитъ къ описанію нѣкоторыхъ работъ, сдѣланныхъ въ его лабораторіи и касающихся проявленія рефлексовъ при опытахъ, поставленныхъ различнымъ образомъ (съ curare, съ конечностью, соединенной съ туловищемъ при помощи лишь периферическаго нерва, съ устраненіемъ дѣятельности центровъ, начиная съ продолговатаго мозга, и т. д.). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ получались парадоксальные результаты.

Въ преніяхъ приняли участіе Голантъ, Трошинъ, Страховичъ, проф Бехтеревъ.

25 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. В. И. Разумовскій.

Проф. П. А. Останковъ: Уставъ психіатрическихъ больницъ. Второй съѣздъ отечественныхъ психіатровъ высказался вполнѣ опредѣленно и коротко объ управленіи психіатрическихъ больницъ, признавая, что въ основѣ его должны лежать начала автономности и коллегіальности. Во главѣ учрежденія долженъ стоять врачебный совѣтъ, директоръ же облекается только исполнительной властью. Еще раньше IX Пироговскій съѣздъ выставлялъ то же требованіе о коллегіальности управленія въ больницахъ. Третій же съѣздъ отечественныхъ психіатровъ, признавая себя солидарнымъ съ резолюціями своего предшественника, оставилъ послѣ себя расплывчатое постановленіе. Онъ счелъ нужнымъ первоначально заняться составленіемъ проекта закона объ общемъ призрѣніи душевно-больныхъ и только потомъ перейти къ проекту больничнаго устава. Не требуя въ категорической формѣ для психіатрическихъ больницъ настоящаго времени автономіи и коллегіальности, онъ, однако, высказываетъ пожеланіе о скорѣйшемъ допущеніи къ управленію больницей представителей вспомогательнаго больничнаго персонала. Докладчикъ выступаетъ съ требованіемъ немедленной реформы управленія психіатрическихъ больницъ согласно резолюціи второго съѣзда отечественныхъ психіатровъ, считая, что эта реформа должна быть первой и что за нею послѣдуетъ усиленнымъ темпомъ и самое развитіе психіатрическаго дѣла. Чтобы не быть ложно понятымъ, онъ говоритъ, что подъ автономіей нужно понимать „автономію въ предѣлахъ смѣтъ“. Въ доказательство того, что автономное управленіе даетъ блестящіе результаты, онъ ссылается на примѣръ Харьковской больницы. „Если бы было коллегіальное управленіе въ Курской больницѣ, говоритъ онъ, не было бы грустной Сапоговской исторіи“.

Копосовъ считаетъ, что жизненная необходимость заставляетъ сочетать коллегіальное начало съ началомъ личнымъ въ лицѣ директора. Блестящее развитіе практической психіатріи у насъ за тридцать послѣднихъ лѣтъ нужно въ значительной степени приписать талантливости отдѣльныхъ лицъ. Проф. Останковъ находитъ, что если допустить личное начало въ управленіи больницъ, то получится суррогатъ коллегіальности. Проф. Разумовскій предложилъ избѣгать радикальной реформы, а идти постепенно путемъ эксперимента. Собраніе высказало себя солидарнымъ со вторымъ и третьимъ съѣздомъ отечественныхъ психіатровъ по вопросу объ управленіи больницъ.

П. В. Петровскій (Кіевъ): Къ вопросу о неврастеніи народныхъ массъ въ Россіи. На основаніи данныхъ нервныхъ отдѣленій лечебницъ Кіева, докладчикъ отмѣчаетъ, что неврастенія не является только болѣзнью интеллигентныхъ классовъ. Процентное количество неврастениковъ среди сельскаго населенія равно 26,3%, горожане же даютъ меньше—22,9%. Мужчины больше, чѣмъ женщины, страдаютъ неврастеніей, но зато среди послѣднихъ встрѣчается чаще истерія. Общій процентъ неврастеніи и истеріи вмѣстѣ у поселянъ равняется 45,0%, у горожанъ—37,1%, при этомъ процентъ мужчинъ, страдающихъ истеріей и неврастеніей (36,5%), меньше, чѣмъ процентъ страдающихъ этими неврозами женщинъ (49,6%). Можно думать, что у насъ процентъ стра-

дающихъ неврозами выше, чѣмъ въ нѣкоторыхъ скученныхъ мѣстахъ Западной Европы. Причинами неврозовъ въ народной массѣ докладчикъ считаетъ переходъ къ болѣе интенсивному культурному труду, плохое питаніе, желудочныя болѣзни, неомальтузіанство среди женщинъ (отказъ отъ дѣторожденія), особенно же общія неблагопріятныя соціальныя условія, которыя переживаетъ населеніе. На составленной имъ статистической таблицѣ кривая неврозовъ падаетъ въ 1904 году, затѣмъ постепенно ползетъ вверхъ до 1906 года, падаетъ нѣсколько въ 1907 году, чтобы въ послѣдующемъ снова подняться кверху. Неврозы въ населеніи надо прежде всего подвергнуть изученію. Для этого надо образовать особую коммиссію, а результаты представить уже къ слѣдующему Пироговскому съѣзду.

Владимірскій относится съ сомнѣніемъ къ полученнымъ цифрамъ, напоминая, что въ Кіевѣ 70% евреевъ — неврастениковъ. Владычко замѣтилъ. что неврастенія—терминъ неопредѣленный и, можетъ быть, скоро исчезнетъ совсѣмъ. Неврастенію опредѣляютъ тогда, когда не могутъ распознать болѣзни. Трайнинъ отмѣтилъ, что въ Англіи. послѣ англо-бурской войны и послѣ одной трехлѣтней стачки рабочихъ неврастенія не увеличилась въ населеніи. Когда какія-либо событія переживаются съ душевнымъ подъемомъ, она пропадаетъ. Герверъ считаетъ неврастенію опредѣленной формой и среди представителей умственнаго труда преобладаетъ церебральная неврастенія—психастенія. Проф. Бехтеревъ считаетъ, что большое значеніе имѣли на развитіе психоневрозовъ война и алкоголизмъ населенія. Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе Янкельсонъ и Петровскій.

Постановлено сдѣлать вопросъ о неврозахъ въ населеніи программнымъ вопросомъ слѣдующаго Пироговскаго съѣзда и поручить предварительную разработку его лигѣ при Психо-Неврологическомъ Институтѣ, занимающейся изслѣдованіемъ эпилепсіи.

В. Н. Цедербаумъ (Спб.): Самоубійства на почвѣ общественныхъ событій въ Россіи. Самоубійства прогрессируютъ. Недавно въ Петербургѣ число ихъ дошло до 30 въ день. Какъ общее правило, число самоубійствъ ростетъ въ эпоху реакціи. У насъ это возростаніе начинается съ 1904 года. Пользуясь газетнымъ матеріаломъ и свѣдѣніями статистическихъ бюро различныхъ городовъ за 5 послѣднихъ лѣтъ, докладчикъ пересмотрѣлъ 9296 случаевъ самоубійствъ и покушеній на самоубійства. 80% ихъ приходится на возрастъ отъ 20 до 50 лѣтъ. На долю самоубійствъ отъ опьянѣнія приходится 35,6%, безработицы—30,8%, разочарованія въ жизни—16,4%, психическаго разстройства—15%, причинъ общественнаго характера менѣе 5%. Затѣмъ больше всего встрѣчается рабочихъ и ремесленниковъ—23,17% и живущихъ на средства близкихъ людей—24,5%. Далѣе слѣдуютъ домашняя прислуга—14,35%, лица безъ опредѣленныхъ занятій—8,4%, учащіеся—827%, служащіе въ конторахъ и проч.—отъ 6—5%, лица военнаго сословія, занимающіеся сельскимъ хозяйствомъ, торговцы, врачи—2% съ лишнимъ и т. д. Отравляются въ 82%, чаще всего въ понедѣльникъ и въ теплое время (въ апрѣлѣ, маѣ, іюнѣ). Возростаніе числа самоубійствъ за послѣдніе годы идетъ въ ариѳметической прогрессіи.

Л. А. Прозоровъ (Москва): Самоубійства въ тюрьмахъ и

около тюремъ. Тюремное населеніе послѣдніе годы возростаетъ, а вмѣстѣ съ нимъ увеличивается среди него и число самоубійствъ. Особенно сильна тенденція къ самоубійству у политическихъ, причемъ у мужчинъ больше, чѣмъ у женщинъ. Чаще всего вѣшаются, затѣмъ отравляются, наносятъ себѣ пораненія острыми предметами и сжигаютъ себя. На основаніи оффиціальныхъ данныхъ нельзя сказать, чтобы главной причиной были душевныя болѣзни, хотя это вопросъ открытый. Одиночное заключеніе благопріятствуетъ самоубійству, особенно много самоубійствъ среди приговоренныхъ къ смертной казни. Интересны случаи самоубійствъ лицъ, уже вышедшихъ изъ тюрьмы. Въ заключеніе докладчикъ высказывается въ пользу психіатрическаго надзора за преступниками.

Гордонъ сообщаетъ, что въ февралѣ текущаго года при Обществѣ охраненія народнаго здравія рѣшено образовать коммиссію, имѣющую цѣлью изучить вопросъ о самоубійствѣ среди учащихся. Карапетовъ замѣчаетъ, что среди рабочихъ % самоубійствъ увеличивается по мѣрѣ увеличенія среди нихъ требовательности и сознательности. Проф Бехтеревъ отмѣчаетъ изъ общихъ причинъ самоубійствъ въ населеніи дегенерацію въ немъ, къ которой ведутъ разныя причины и, между прочимъ, алкоголизмъ. Имѣетъ значеніе деклассація—оторванность отъ своей среды, имѣющая въ основѣ экономическія условія. Затѣмъ важны общественныя условія, въ видѣ, напримѣръ, періода реакціи. Неудовлетворенность въ любви представляетъ состояніе, близкое къ психической неустойчивости. Бороться съ самоубійствомъ можно путемъ законодательнымъ, напр. путемъ запрещенія брака съ алкоголиками, подъемомъ экономическихъ условій жизни при ближайшемъ участіи самого общества. Изъ частныхъ условій борьбы нужно отмѣтить воспитаніе характера и воли. Проф. Разумовскій замѣчаетъ, что наличность идеаловъ среди юношества должна сыграть предохранительную роль, надо воспитывать вѣру въ идеалъ. Прочитано обращеніе къ XI Пироговскому съѣзду Нижегородскаго Общества врачей, которые предлагаютъ съѣзду взять на себя иниціативу по разработкѣ вопроса о самоубійствахъ въ населеніи. По предложенію организаціоннаго комитета, организуется при Пироговскомъ Обществѣ особая коммиссія по данному вопросу. Гордонъ предлагаетъ этой коммиссіи слиться съ имѣющейся уже подобной же коммиссіей при Обществѣ охраненія народнаго здравія. Секція постановила: учредить постоянную коммиссію по данному вопросу, не предрѣшая того, гдѣ она должна состоять, при правленіи-ли Пироговскаго Общества, или же при Обществѣ охраненія народнаго здравія.

---

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избрана женщина-врачъ Антушевичъ.

М. М. Рѣзниковъ и С. Н. Давиденковъ (Харьковъ): Случай травматическаго пораженія мозга съ дефектомъ костей черепа; матеріалы къ симптоматологіи заболѣваній gyri angularis и къ плетизмографіи мозга. Докладчики приводятъ подробное описаніе своего случая и анализируютъ данныя, полученныя при клиническомъ изслѣдованіи, сопоставляя ихъ съ литературными данными. Интересны результаты плетизмографическаго изслѣдованія у больного, который былъ предметомъ настоящаго сообщенія (вмѣсто термина «плетизмограмма мозга» докладчики употребляютъ названіе «энцефалограмма»). Изъ демонстрированныхъ кривыхъ видно, что: 1) на энцефалограмму вліяютъ различные процессы: кашель, дыханіе и различныя движенія тѣла; 2) кривая пневмограммы не совпадаетъ съ энцефалограммой; 3) существуютъ, повидимому, компенсаторныя съуженія и разслабленіе мозговыхъ артерій. На энцефалограмму оказываютъ вліяніе въ той или иной формѣ умствен-

ная работа, различнаго рода психическіе процессы вообще. Слова аффектогенныя, произносимыя передъ больнымъ, очень часто вызывали измѣненіе энцефалограммы.

Проф. В. Я. Данилевскій (Харьковъ): О вліяніи музыки на плетизмограмму мозга у человѣка (прочитано М. М. Рѣзниковымъ).

Лазурскій полагаетъ, что было бы чрезвычайно интересно имѣть одновременно и плетизмограмму другого органа, напр. руки; это было бы необходимо, чтобы установить болѣе точно связь между различными плетизмограммами. Проф. Бехтеревъ обращаетъ вниманіе на то, что въ случаяхъ докладчиковъ какъ будто бы внѣшнія воспріятія не отражались на энцефалограммѣ; между тѣмъ сосредоточеніе играетъ и здѣсь извѣстную роль и оно примѣшивается къ внѣшнимъ воспріятіямъ.

Р. А. Греверъ (Спб.): Къ физіологіи мозжечка. На основаніи собственныхъ изслѣдованій, авторъ убѣдился въ томъ, что при раздраженіи червячка мозжечка фарадическимъ токомъ получается постоянный двигательный аффектъ, обнаруживающійся при участіи центровъ, заложенныхъ въ означенномъ мѣстѣ и располагающихся въ системной формѣ. Явленія выпаданія, которыя наблюдаются послѣ парціальной экстирпаціи мозжечковаго червячка, подтверждаютъ ученіе о статической координаціи мозжечка.

Въ преніяхъ приняли участіе Засѣдателевъ и проф. Бехтеревъ.

П. Я. Корольковъ (Спб.): О верхнемъ перекрестѣ (въ Варолієвомъ мосту) пирамидныхъ путей у человѣка. Въ верхней трети Варолієва моста существуетъ частичный перекрестъ, въ отличіе отъ нижележащаго въ продолговатомъ мозгу. Докладчикъ пользовался способами Golgi, Marchi и др.; матеріаломъ для изслѣдованія ему служили мозги человѣческихъ эмбріоновъ, а также дѣтей съ органическими страданіями въ центральной нервной системѣ (опухоль четверохолмія, hydrocephalus chronicus и болѣзнь Little'я).

27 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ П. В. Петровскій (Кіевъ).

А. Ф. Лазурскій (Спб.): О преподаваніи психологіи на медицинскихъ факультетахъ. Отличительными особенностями современной позитивной психологіи докладчикъ считаетъ: 1) пользованіе объективными методами изслѣдованія, 2) связь съ физіологіей и 3) съ общей біологіей. Эта чисто эмпирическая наука должна быть предметомъ изученія врача. Мотивовъ, побуждающихъ къ изученію ея, можно указать нѣсколько. Увлеченіе философіей, наблюдаемое въ послѣднее время, приводитъ къ такимъ крайностямъ, какъ мистицизмъ, причемъ совершенно отбрасывается біологія. Удержать отъ ошибокъ въ этомъ направленіи можетъ эмпирическая психологія. Послѣдняя имѣетъ и самостоятельное практическое значеніе. Она является пропедевтической наукой для психіатра, она же предлагаетъ свои методы и для повседневнаго клиническаго анализа душевныхъ болѣзней, по существу своему психологическаго. Даже въ терапевтическомъ отношеніи, поскольку оказывается полезнымъ вну-

шеніе и психоанализъ, приходится прибѣгать къ психологическимъ факторамъ. Психологія можетъ приблизить къ пониманію психическихъ эпидемій. Далѣе въ судебно-медицинскомъ дѣлѣ приходится считаться съ основнымъ вопросомъ о свободѣ воли, который рѣшается по даннымъ психологіи. Кромѣ того, въ послѣднее время выдвигается большой вопросъ о ненормальныхъ и отсталыхъ дѣтяхъ, которому безъ энергичнаго вмѣшательства врачей-психологовъ, повидимому, не суждено обойтись. Наконецъ, измѣняется за послѣднее время положеніе врача-гигіениста въ школѣ. Такой вопросъ, какъ переутомленіе учащихся, ставится на экспериментальную почву; проповѣдь о развитіи личности и воли путемъ гимнастики, спорта придется взять въ руки врачу-психологу. Слѣдовательно, нужна спеціальная психологическая подготовка врача на факультетахъ, но не изъ книгъ по психологіи, а изъ устъ спеціалиста-психолога, опирающагося на опыты въ спеціальной психологической лабораторіи.

Владимірскій указываетъ на то, что врачъ въ школѣ не долженъ состоять «на случай», а приблизиться къ важнѣйшему дѣлу воспитанія. Если онъ предупредитъ хотя бы одинъ случай самоубійства, значеніе его нахожденія при школѣ значительно возростаетъ. Морозовъ отмѣчаетъ, что воспитаніе стало теперь на твердую основу психологическаго знанія. Проф. Бехтеревъ указываетъ, что преподаваніе психіатріи оказалось невозможнымъ безъ предварительнаго курса психологіи и приходилось уже отнимать для нея часы у послѣдней. Въ проектѣ новаго устава Военно-Медицинской Академіи и Женскаго Медицинскаго Института включенъ отдѣльный курсъ психологіи. Проф. Муратовъ отмѣчаетъ, что и особый доцентъ психологіи, и особая лабораторія при немъ могутъ лечь бременемъ на народный бюджетъ, да и не во всякомъ университетѣ найдется подходящій преподаватель-спеціалистъ. Предлагаетъ замѣнить слова въ резолюціи: «обязательнаго для чтенія» словомъ «рекомендуемаго факультетомъ».

Большинствомъ голосовъ принята резолюція, предложенная А. Ф. Лазурскимъ, а именно: «Признавая необходимость для психіатровъ предварительной психологической подготовки, а также все возростающее значеніе педагогической психологіи для школьной гигіены, секція считаетъ желательнымъ преподаваніе на медицинскихъ факультетахъ психологіи въ видѣ доцентнаго курса, обязательнаго для чтенія, но не обязательнаго для изученія. Сообразно съ общимъ характеромъ и потребностью медицинскаго образованія, психологія должна преподаваться, какъ опытная наука, основанная на объективныхъ методахъ изслѣдованія».

С. А. Бруштейнъ (Спб.): Свѣтолеченіе при нервныхъ болѣзняхъ. Изслѣдуя дѣйствіе разныхъ свѣтовыхъ лучей, руководствуются однимъ факторомъ—ихъ длиной. Въ физіологическомъ отношеніи за послѣднее время выдвинуты явленія фотоэритемы съ длиннымъ скрытымъ періодомъ. Психическое воздѣйствіе свѣтовыхъ лучей сказывается на настроеніи, общемъ возбужденіи или успокоеніи, ускореніи психическихъ процессовъ и проч. Дѣйствіе грязей оказывается въ значительной зависимости отъ геліотерапіи. Общія свѣтовыя ванны полезны при общихъ неврозахъ и при невритахъ. Интересны мѣстныя дѣйствія синей лампочки накаливанія и сильнаго дугового свѣта. Докладчикъ пользовался аппаратомъ Kromeyer'a при невральгіяхъ. Количество наблюдаемыхъ случаевъ равно 70; изъ нихъ въ 80% наблюдалось полное выздоровленіе, въ остальныхъ же улучшеніе. Благопріятное воздѣйствіе приписывается ультрафіолетовымъ лучамъ.

Страховичъ замѣтилъ, что усилія изслѣдователей въ послѣднее время направлены на отфильтрованіе короткихъ лучей—лучей полезныхъ—и приближеніе къ

объекту дѣйствія свѣта. Стараются употреблять холодные лучи, напр. отъ ртутныхъ паровъ, это—свѣтъ загара. Бориспольскій обращаетъ вниманіе на благотворное леченіе свѣтомъ кожныхъ болѣзней (psoriasis, lichen ruber, pruritus communis и омертвѣнія нижнихъ конечностей). Поразительно дѣйствіе свѣтолеченія при asthma bronchiale. Ерузальскій отмѣчаетъ, что при бронхіальной астмѣ ни одна изъ существующихъ ваннъ не оказываютъ такого дѣйствія, какъ электросвѣтовыя ванны. Полезное дѣйствіе можно наблюдать и при болѣзни Raynaud.

Г. Е. Шумковъ (Спб.): Мѣстная психотравматическая эритема. — Объективные признаки бывшихъ травмъ со стороны нервныхъ функцій. Народная масса, вѣчно трудящаяся, подвержена постоянной травматизаціи, слѣды которой остаются на долгое время. Это можно сказать съ положительностью объ ушибахъ даже средней силы. Черезъ 20 лѣтъ можно бываетъ открыть указаніе на бывшую травму, не руководясь субъективными, часто обманчивыми, жалобами, а идя строго объективнымъ путемъ. Свои выводы докладчикъ дѣлаетъ на основаніи 100 случаевъ. На мѣстѣ травмы остается, напр., такой слѣдъ: ушибленное мѣсто при гнѣвѣ, радости и проч. эмоціональныхъ переживаніяхъ краснѣетъ, это и есть мѣстная психо-травматическая эритема. Затѣмъ на мѣстѣ ушиба первое время наблюдается пониженіе чувствительности, а въ остальныхъ частяхъ той же половины тѣла повышеніе (если травмой задѣта только половина тѣла). Черезъ 4 недѣли гиперэстезія смѣняется гипэстезіей. Кромѣ того, наблюдаются секреторныя, напр., потоотдѣлительныя измѣненія, мышечная астенія, дрожаніе мышцъ, ослабленіе зрѣнія, усиленіе міопія или гиперметропія, астигматизмъ, ослабленіе слуха на сторонѣ пораженія. Ушибленныя мѣста болятъ подъ погоду.

Бориспольскій указываетъ, что когда прекращаются начальныя боли одной половины, субъективная оцѣнка укола измѣняется; отсюда гипэстезія. Страховичъ отмѣчаетъ, что при травмѣ вблизи нервнаго ствола фигура гипэстезіи соотвѣтствуетъ области его распространенія (это спастическій невритъ). Розенбахъ говоритъ о преувеличеніи травматическаго симптомокомплекса у тяжущихся подъ вліяніемъ самовнушенія. Родзаевскій сообщаетъ, что въ 600 изслѣдованныхъ случаяхъ травмъ на Путиловскомъ заводѣ описываемыя докладчикомъ явленія наблюдалъ рѣдко. Въ преніяхъ, кромѣ того, приняли участіе Дымовъ, Жуковскій, проф. Бехтеревъ, Шумковъ.

III ГРУППА.

Секція XV. Гигіена.

22 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Н. П. Васильевскій (Баку), почетными секретарями—А. П. Прокофьевъ (Костромская губ.) и Н. И. Ермолинскій (Саратовская губ.).

И. И. Сенюткинъ: Нѣкоторыя данныя о работѣ американскихъ фильтровъ въ г. Нижнемъ-Новгородѣ (за отсутствіемъ докладчика, прочитанъ Н. И. Ивановымъ). До 1847 г. не было водопровода. Въ 1850 г. уже стали пользоваться водой р. Оки, которая затѣмъ фильтровалась на англійскихъ фильтрахъ. Воды оказалось мало и приходилось добавлять нефильтрованную воду. Въ 1896 г. ввели взамѣнъ фильтраціи коагуляцію съ послѣдующимъ отстаиваніемъ.

Американскіе фильтры устроены въ Нижнемъ-Новгородѣ въ 1908 г. числомъ 3 на 600.000 ведеръ. Скорость фильтрованія 180 дюйм. Отстаиваніе продолжается одинъ часъ. % задержанія бактерій отъ 50—70 %, а при увеличеніи коагулянта до $^1/_2$ гр. на ведро (1 : 20.000) количество бактерій сильно уменьшилось и доходило до 98$^0/_0$. Фильтрованная вода обнаруживала опалесценцію, которая съ ноября исчезла, повидимому, подъ вліяніемъ увеличенія коагулянта до $^3/_4$ гр. на ведро и техническихъ исправленій. На промывку фильтра идетъ 20 минутъ и расходуется 6000 в. фильтрованной воды, на что требуется работа фильтра въ теченіе 45 мин. Всего тратится на каждую промывку около часа. Пленки здѣсь никакой не образуется, фильтръ во всю толщину забивается частицами гидрата окиси глинозема. Докладчикъ обращаетъ вниманіе на то, что въ послѣднее время американскіе фильтры широко примѣняются въ водоснабженіи городовъ, поэтому необходимо выясненіе достигаемыхъ этими фильтрами результатовъ очистки воды при тѣхъ условіяхъ санитарно-техническаго надзора, въ которыхъ эти фильтры находятся.

Въ преніяхъ Данилевскій (Кронштадтъ) указалъ на американскіе фильтры въ г. Кронштадтѣ, работающіе удовлетворительно. По его словамъ, плохіе результаты получаются отъ неумѣнія пользоваться ими, что чаще всего выражается въ неправильномъ коагулированіи. При надлежащей работѣ ихъ и промывка требуется рѣже—2 раза въ сутки. Американскіе фильтры въ особенности пригодны для предварительной очистки воды. Дроздовъ (Москва) указалъ на недостатки опытовъ въ г. Нижнемъ-Новгородѣ, на основаніи которыхъ нельзя дѣлать заключенія объ американскихъ фильтрахъ вообще. Рашковичъ (Спб.), Раммуль (Москва) и проф. Хлопинъ (Спб.) въ своихъ замѣчаніяхъ проводили мысль о необходимости быть осторожными въ рекомендаціи американскихъ фильтровъ при устройствѣ водоснабженія, въ особенности въ большихъ городахъ. Англійскіе фильтры вслѣдствіе своего постояннаго дѣйствія легче контролируются и тѣмъ самымъ должны быть поставлены выше американскихъ. При американскихъ фильтрахъ даже санитарно-техническій надзоръ не можетъ гарантировать хорошей воды. По мнѣнію проф. Хлопина, въ условіяхъ русскихъ городовъ предпочтительнѣе англійскіе фильтры. Онъ рекомендуетъ Пироговскому съѣзду произвести анкету относительно результатовъ работы американскихъ и англійскихъ фильтровъ въ русскихъ городахъ по краткой, но однообразной программѣ. Это предложеніе секціей принято и постановлено поставить этотъ вопросъ въ числѣ программныхъ на будущемъ съѣздѣ.

Б. Н. Зиминъ: **Новѣйшіе способы стерилизаціи питьевой воды (хлорная известь, озонированіе, ультрафіолетовые лучи).** Докладчикъ изложилъ исторію вопроса о примѣненіи хлорноватистыхъ солей для стерилизаціи питьевой воды. Этотъ способъ нашелъ особо широкое примѣненіе въ Соед. Шт. Сѣверной Америки, гдѣ въ штатѣ Нью-Іоркъ не меньше 100 городовъ примѣняютъ этотъ способъ ежедневно, причемъ въ $^1/_2$ изъ нихъ не имѣется никакихъ фильтровъ. Докладчикъ выставляетъ доводами въ пользу рекомендуемаго способа очистки слѣдующее: въ Россіи въ разныхъ городахъ нерѣдко развиваются эпидеміи брюшного тифа, а теперь и холеры, что обусловливается почти во всѣхъ случаяхъ неудовлетворительнымъ состояніемъ водоснабженія. Когда требуется быстрое принятіе мѣръ противъ развившейся эпидеміи и не имѣется ни средствъ, ни возможности устроить какія-нибудь крупныя сооруженія, то въ такихъ случаяхъ единственно примѣнительно по своей дешевизнѣ, быстротѣ дѣйствія и простотѣ является стерилизація воды.

хлорноватистыми солями. Если эти соли примѣняются до фильтраціи, то нечего бояться свободнаго хлора, который обязательно задержится на фильтрахъ.

Въ преніяхъ Контковскій высказался противъ примѣшиванія къ водѣ постороннихъ веществъ; рекомендовать этотъ способъ съ технической стороны преждевременно. По мнѣнію Раммуля, этотъ способъ обходится въ дѣйствительности много дороже, чѣмъ пишутъ. Въ Германіи считаютъ этотъ способъ непримѣнимымъ. Во время эпидеміи нужно обращать вниманіе на исправное состояніе центральныхъ сооруженій для очистки воды. Хлопинъ находитъ этотъ способъ очень сложнымъ, требующимъ послѣдующей обработки питьевой воды и могущимъ вызвать сильное противодѣйствіе со стороны народа. При появленіи эпидемій нужно приниматься за коренное оздоровленіе города, а примѣненіе такихъ способовъ въ нашихъ условіяхъ не можетъ дать положительныхъ результатовъ. Секція приняла слѣдующее постановленіе: 1) Борьба съ эпидеміями, распространяемыми питьевой водой, должна вестись не экстренными мѣрами, а планомѣрно, посредствомъ надлежащаго устройства центральныхъ водопроводныхъ сооруженій при соотвѣтствующей организаціи фактическаго санитарно-техническаго надзора за этими сооруженіями. 2) Относительно обезвреживанія питьевой воды хлорноватистыми солями секція воздерживается отъ опредѣленной резолюціи за отсутствіемъ достаточныхъ фактическихъ данныхъ относительно примѣненія таковой въ условіяхъ русской жизни.

23 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. М. Б. Блаубергъ (Одесса), почетными секретарями—Н. К. Кондорскій (Пермь) и Д. Д. Фелицинъ (Кострома).

Ф. А. Даниловъ (Москва): О біологической очисткѣ сточныхъ водъ лечебныхъ заведеній. Среди біологическихъ способовъ очистки докладчикъ охарактеризовалъ поля орошенія, перемежающуюся фильтрацію и біологическую очистку. Всѣ эти способы были вкратцѣ описаны и сопровождались демонстрированіемъ значительнаго числа діапозитивовъ съ видами различныхъ очистительныхъ сооруженій какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ. Особенности и преимущества біологическихъ способовъ были изложены докладчикомъ въ слѣдующемъ видѣ: поля орошенія хорошо работаютъ только тогда, когда удалены взвѣшенныя вещества. Больше всего затрудняютъ жиры, которые медленно разлагаются и, образуя перепонку на поверхности полей, сильно понижаютъ работу ихъ. Какъ поля орошенія, такъ и біологическая очистка при соотвѣтствующихъ условіяхъ представляются способами одинаково достойными вниманія. Со стороны санитарной оба способа хороши, а со стороны технической въ однихъ случаяхъ больше подходитъ одинъ, въ другихъ случаяхъ—другой способъ. Свои заключенія докладчикъ формулировалъ такъ: 1. Удаленіе сточныхъ водъ изъ лечебницъ съ помощью выгребной системы представляется нецѣлесообразнымъ. 2. Вполнѣ раціональными являются біологическіе методы очистки: поля орошенія, перемежающаяся фильтрація и біологическіе фильтры. 3. Съ помощью хорошо устроенныхъ біологическихъ фильтровъ можно достигнуть такихъ же результатовъ, какъ и съ помощью полей орошенія.

В. А. Дроздовъ (Москва): Послѣднія усовершенствованія въ дѣлѣ предварительной обработки сточной жидкости для дальнѣйшей очистки ея на біологическихъ фильтрахъ. Главная работа при пользованіи біологическими фильтрами это предварительное удаленіе взвѣшенныхъ веществъ. При такихъ условіяхъ сточная вода легко обрабатывается на нихъ. Процессъ удаленія взвѣшенныхъ веществъ заставляетъ устраивать рядъ тѣхъ или иныхъ приспособленій и доставляетъ немало заботъ съ скопляющимся иломъ. Задача удаленія взвѣшенныхъ веществъ и обработки сточныхъ водъ весьма удачно разрѣшается такъ назыв. «пластинчатыми—имферными окислителями» Dibdin'а. Послѣдній пускаетъ всю сточную жидкость безъ предварительной обработки на свои окислители, въ которыхъ на поверхности пластинъ осѣдаютъ взвѣшенныя вещества. Опыты Dibdin'а показываютъ, что здѣсь подъ вліяніемъ жизнедѣятельности бактерій и болѣе крупныхъ организмовъ (личинокъ, мухъ, червей и т. д.) происходитъ такая же постепенная обработка всѣхъ органическихъ веществъ, въ особенности взвѣшенныхъ, какъ и на поляхъ орошеній, съ тѣмъ преимуществомъ, что на пластинчатыхъ окислителяхъ Dibdin'а притокъ кислорода (resp. воздуха) нисколько не нарушается, а на поляхъ орошенія поры закупориваются взвѣшенными веществами. Для удаленія взвѣшенныхъ веществъ изъ сточныхъ водъ устраиваются септическіе бассейны, но они нерѣдко въ значительной степени затрудняютъ работу послѣдующихъ фильтровъ. Въ виду изложеннаго докладчикъ рекомендуетъ вниманію съѣзда пластинчатые окислители Dibdin'а, какъ техническое усовершенствованіе, вполнѣ удовлетворяющее и санитарнымъ требованіямъ.

В. А. Дроздовъ: Дезинфекція сточныхъ водъ. Выяснивъ необходимость въ извѣстныхъ случаяхъ прибѣгать къ дезинфекціи сточныхъ водъ, докладчикъ разобралъ всѣ рекомендуемые способы. Нагрѣваніе сточныхъ водъ представляется дорогимъ способомъ. Негашенная известь образуетъ много грязи. Примѣненіе озона также дорого. Проще и дешевле всего пользованіе хлоромъ. По опытамъ Ridel'я прибавленіе 3 : 100.000 необработанной сточной жидкости уменьшило общее количество бактерій съ нѣсколькихъ милліоновъ до 50.000, а Bact. coli до 1 послѣ 4-часового дѣйствія. 2—4 ч. хлора на 1.000.000 жидкости изъ септика совершенно освобождало ее отъ Bact. coli послѣ 1—4-часового дѣйствія. Прибавленіе 2 : 100.000 жидкости съ перваго контактнаго окислителя, 1 : 100.000—со второго окислителя совершенно освобождало жидкость отъ Bact. coli. Достаточно обезвреженная сточная жидкость при прибавленіи 5 частей хлора на 100.000 ч. вполнѣ стерилизуется. Если же заботиться только объ удаленіи Bact. coli, то достаточно $^1/_2$: 100.000 ч. Многочисленныя изслѣдованія, произведенныя въ Гамбургѣ, показали, что наилучшимъ средствомъ для стерилизаціи сточной жидкости является хлорная известь, которая образуетъ незначительный осадокъ при разведеніи 1 : 2000 до 1 : 7500. По отношенію къ Петербургу докладчикъ

считаетъ необходимымъ примѣнять хлорную известь въ каждомъ отдѣльномъ владѣніи, въ особенности къ такимъ, какъ больницы, казармы, общественныя зданія.

Ростовцевъ (Рязань) считаетъ, что поля орошенія и біологическіе фильтры не равноцѣнны, преимущество должно отдать полямъ орошенія. Корчакъ-Чепурковскій (Кіевъ) замѣтилъ, что поля орошенія въ нашихъ условіяхъ не представляются простымъ способомъ; сама жизнь подводитъ насъ къ біологической очисткѣ. При очисткѣ сточныхъ водъ больницъ нужно обращать вниманіе на стоимость фильтрующаго матеріала и подвергнуть его испытанію на мѣстахъ. Рашковичъ (Спб.) высказывается въ томъ смыслѣ, что поля орошенія являются единственнымъ способомъ, могущимъ вполнѣ разрѣшить вопросъ обезвреживанія сточныхъ водъ въ Россіи; септикъ нужно признать заблужденіемъ въ смыслѣ разложенія сложныхъ органическихъ соединеній; они являются только идеальными отстойниками. Смидовичъ (Екатеринославъ) считаетъ необходимымъ организовать при Пироговскомъ Обществѣ особую коммиссію для изученія этого вопроса. Семеновъ (Москва) и Лощиловъ (Кострома) высказываются за поля орошенія. Яковенко (Херсонъ) совѣтуетъ избѣгать шаблонности въ устройствѣ фильтровъ.

Г. И. Ростовцевъ (Рязань): Объ установленіи нормъ достаточной степени очистки сточныхъ водъ. Докладчикъ подвергнулъ критическому разбору нормы, составленныя Медицинскимъ Совѣтомъ, которыя, по его мнѣнію, обобщаютъ всѣ случаи, игнорируютъ мѣстныя условія и являются очень подробными. Редакція Медицинскаго Совѣта можетъ породить крупныя недоразумѣнія. По мнѣнію докладчика, нормы могли бы построиться на слѣдующихъ основаніяхъ: 1. Всякія сточныя воды должны подвергаться очисткѣ по той или другой системѣ. 2. Спускъ водъ въ глубокіе слои почвы недопустимъ. 3. Для каждаго отдѣльнаго случая въ зависимости отъ особенностей и мѣстныхъ условій должны предъявляться спеціальныя требованія, которыя, впрочемъ, могутъ исчерпываться и общими требованіями ко всѣмъ сточнымъ водамъ. 4. Во всѣхъ случаяхъ воды должны удовлетворять слѣдующимъ требованіямъ: онѣ должны терять способность къ загниванію при сохраненіи пробъ въ закупоренномъ видѣ въ теченіе недѣли при 30° Ц., быть просвѣтлены до предѣла содержанія въ нихъ взвѣшенныхъ веществъ 0,63 въ литрѣ; не должны имѣть ни фекальнаго, ни гнилостнаго запаха; органическія вещества ихъ не должны быть легко окисляемыми и поглощать изъ окружающей среды (воздуха) кислородъ до предѣловъ, установляемыхъ англійской королевской коммиссіей (0,005 въ сутки; 0,01 въ 2 сутокъ; 0,015 въ 5 сутокъ). Для уменьшенія количества микроорганизмовъ сточныя воды, очищенныя не полями орошенія и не почвенной фильтраціей, должны, предварительно спуска ихъ, пройти черезъ песчаный или почвенный фильтръ. Сточныя воды не должны содержать никакихъ ядовитыхъ веществъ.

Яковенко (Херсонъ) считаетъ большой ошибкой рекомендацію нормъ. Спускъ сточной жидкости въ открытые водоемы ни при какихъ условіяхъ не можетъ быть допущенъ. Было бы желательно имѣть центральный органъ научнаго характера, который являлся бы на помощь мѣстнымъ силамъ своими знаніями. Вегеръ (Уфа) и Контковскій (Спб.) высказываются за установленіе нормъ. Необходимо учрежденіе, по мнѣнію Контковскаго, постоянныхъ коммиссій на мѣстахъ для наблюденія за водоемами. Нужно въ Россіи учредить нѣчто подобное Prüfungs-anstalt въ Пруссіи.

Въ виду затянувшихся преній продолженіе ихъ перенесено на 26 апрѣля.

26 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Н. И. Тезяковъ (Саратовъ), почетными секретарями—П. А. Лощиловъ (Кострома) и Д. Д. Фелицынъ (Кострома).

Продолженіе преній по докладу Г. И. Ростовцева: Объ установленіи нормъ достаточной степени очистки сточныхъ водъ (заслушано 23 апрѣля).

Ростовцевъ предложилъ просить Пироговское Общество составить коммиссію съ привлеченіемъ всѣхъ научныхъ и практическихъ силъ къ выработкѣ нормъ степени очистки сточныхъ водъ. Хлопинъ объяснилъ, что коммиссія при Медицинскомъ Совѣтѣ подъ его предсѣдательствомъ прежде всего занялась разрѣшеніемъ вопроса, нужны-ли какія-либо нормы. Она считала необходимымъ издать общее руководство, на основаніи котораго городскія самоуправленія могли бы составить свои мѣстныя постановленія. Введеніе цифровыхъ нормъ сильно стѣснило бы мѣстныя силы. Поэтому Медицинскій Совѣтъ и остановился на мысли издать руководящія указанія. Коммиссія при Пироговскомъ Обществѣ очутится въ такихъ же условіяхъ. Тезяковъ смотритъ на нормы, не какъ на обязательныя. Онѣ въ Вологодской и Петербургской губ. признаны пріемлемыми. Въ Саратовѣ желѣзныя дороги нашли ихъ строгими. Нормы нужны. На мѣстахъ должны быть соотвѣтствующіе органы—общественно-санитарныя организаціи, умѣющія въ нихъ разбираться; коммиссія должна быть подъ флагомъ Пироговскаго Общества, быть въ связи съ правленіемъ и находиться въ Петербургѣ. Этой коммиссіи слѣдуетъ поручить выяснить весь вопросъ и слѣдить за развитіемъ его на мѣстахъ. Никитинъ указалъ, что въ нормахъ Медицинскаго Совѣта проводится контроль не только за сточными водами, но и за водоемами. Медицинскій Совѣтъ ставитъ этотъ вопросъ на компетенцію мѣстныхъ общественно-санитарныхъ организацій. Дроздовъ предлагаетъ Пироговскому съѣзду обратиться къ общественнымъ и правительственнымъ организаціямъ о созданіи такого центральнаго органа, который занялся бы составленіемъ общихъ эластичныхъ нормъ. За установку нормъ высказываются Рашковичъ, проф. Блаубергъ, Раммуль.

Постановлено: 1) Признать вполнѣ своевременнымъ и необходимымъ изданіе руководящихъ санитарныхъ требованій для сточныхъ водъ, спускаемыхъ въ общественные водоемы. 2) Признать необходимость образованія спеціальной коммиссіи, связанной съ Пироговскимъ правленіемъ, для дальнѣйшей разработки вопроса о санитарныхъ требованіяхъ для сточныхъ водъ, спускаемыхъ въ общественные водоемы, и связанныхъ съ этимъ вопросомъ о проведеніи этихъ нормъ въ жизнь на мѣстахъ; причемъ выборъ лицъ въ эту коммиссію предоставить правленію Пироговскаго Общества, съ привлеченіемъ въ нее извѣстныхъ спеціалистовъ, врачей, инженеровъ и др. лицъ. Положенія Данилова и Дроздова постановлено принять къ свѣдѣнію.

Б. Д. Альманъ (Саратовъ): Заразныя заболѣванія глазъ среди школьниковъ Новоузенскаго уѣзда. Докладчикъ привелъ данныя о степени распространенія среди осмотрѣнныхъ 2023 учениковъ заразнаго конъюнктивита и трахомы. % распространенія послѣдней въ различныхъ школахъ колеблется отъ 20—30%. Трахома чаще встрѣчается у дѣвочекъ и у нихъ хуже протекаетъ.

М. И. Виноградова-Лукирская (Москва): Обязанности и права врачей въ открытыхъ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ. Положенія: Каждая школа должна находиться подъ санитарно-врачебнымъ надзоромъ врача. Въ школѣ врачъ долженъ имѣть отдѣльную комнату, въ которой должно находиться все необходимое для медицинскаго изслѣдованія, измѣренія и пособія, необходимыя для подачи первой помощи при внезапныхъ заболѣваніяхъ учащихся. Въ началѣ каждаго учебнаго года учащіеся должны быть освидѣтельствованы и измѣ-

рены врачемъ по общей опредѣленной программѣ. Учащіеся, не посѣщавшіе школу, при возобновленіи занятій должны быть освидѣтельствованы школьнымъ врачемъ. При рѣшеніи вопросовъ, касающихся врачебно-санитарныхъ условій школы, врачъ этой школы долженъ принимать участіе съ правомъ голоса. Служба врача въ открытыхъ школахъ, какъ въ мужскихъ, такъ и въ женскихъ, должна быть государственная, съ правомъ на пенсію. Жалованье должно соотвѣтствовать не только числу школъ, но и числу учащихся, находящихся подъ его наблюденіемъ. Назначеніе и увольненіе школьнаго врача должно зависѣть отъ медицинскаго начальства. Необходимо учредить общество школьныхъ врачей, которое занялось бы разработкой и изученіемъ врачебно-санитарныхъ вопросовъ.

Чернобаева считаетъ необходимымъ, чтобы школьные врачи были членами попечительнаго совѣта учебныхъ заведеній. Содѣйствіе педагогическаго персонала только тогда окажется возможнымъ, когда послѣдній будетъ знакомъ съ гигіеной. Калантаровъ обращаетъ вниманіе на то, что важнѣе всякихъ инструкцій авторитетъ врача передъ педагогами и родителями. Рабиновичъ констатируетъ, что за послѣдніе 3 года не наступило никакихъ измѣненій въ правовомъ положеніи школьнаго врача. Онъ является безправнымъ существомъ. Гордонъ считаетъ, что назрѣла мысль о необходимости созданія органа, объединяющаго дѣятельность школьныхъ врачей; нужно основать общество школьныхъ врачей. Алексѣевъ указываетъ, что для школьнаго врача необходима соотвѣтственная подготовка. Нужно обратить вниманіе на отношеніе самихъ школьныхъ врачей къ своимъ обязанностямъ, такъ какъ многіе изъ нихъ довольно часто совмѣщаютъ много должностей. Нельзя не признать, что среди нихъ существуетъ опредѣленный индифферентизмъ. Школьные врачи часто проявляютъ рутину. Необходимы повторительные курсы для школьныхъ врачей. Поповъ предложилъ, чтобы школьные врачи принимали бы мѣры противъ заразныхъ болѣзней при участіи городского санитарнаго персонала. Матвѣева находитъ необходимымъ созданіе при Пироговскомъ съѣздѣ подсекціи школьной гигіены. Школьные врачи въ Петербургѣ, Москвѣ и другихъ большихъ городахъ должны быть исключительно санитарными. Проф. Хлопинъ считаетъ весьма желательной связь съ городскими санитарными органами. Приняты слѣдующія постановленія: 1) Секція констатируетъ несамостоятельное положеніе и матеріальную необезпеченность школьныхъ врачей, затрудняющія ихъ въ практическомъ исполненіи лежащихъ на нихъ обязанностей; 2) въ частности отмѣчаетъ особо ненормальное положеніе въ матеріальномъ и др. отношеніяхъ врачей при женскихъ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ и высказывается за уравненіе ихъ съ врачами мужскихъ учебныхъ заведеній; 3) признаетъ необходимымъ, чтобы въ школахъ санитарный надзоръ былъ организованъ на правильныхъ началахъ; 4) считаетъ необходимымъ включить школьныхъ врачей съ правомъ рѣшающаго голоса въ хозяйственные комитеты и попечительные совѣты среднихъ учебныхъ заведеній вмѣстѣ съ участіемъ ихъ въ педагогическихъ совѣтахъ; 5) признаетъ необходимымъ приспособить преподаваніе гигіены въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ съ запросами школьно-санитарнаго надзора; вмѣстѣ съ тѣмъ признаетъ желательнымъ командировки школьныхъ врачей для научнаго усовершенствованія; 6) считаетъ желательнымъ установить въ городахъ связь школьныхъ врачей всѣхъ вѣдомствъ съ городскими и земскими врачебно-санитарными организаціями въ борьбѣ съ эпидеміями въ школѣ; 7) признаетъ полезнымъ образованіе врачебно-педагогическихъ обществъ; 8) высказывается за необходимость организаціи съ будущаго Пироговскаго съѣзда особой подсекціи школьной гигіены.

Л. Л. Рохлинъ (Харьковъ): Воздухъ и санитарное состояніе еврейскихъ школъ въ Харьковѣ. Докладчикъ изслѣдовалъ 10 частныхъ школъ съ 14 классами и 400 дѣтей. Онъ привелъ рядъ данныхъ по объему помѣщенія, степени освѣщенія, составу воздуха, характеризующихъ

крайне неудовлетворительное санитарное состояніе вообще частныхъ, въ особенности первоначальныхъ еврейскихъ школъ. Довольно продолжительное пребываніе дѣтей какъ по числу лѣтъ обученія, которое начинается съ 5—6 лѣтъ, такъ и по числу часовъ пагубно отражается на здоровьи дѣтей, вызывая у нихъ близорукость, искривленіе позвоночника, малокровіе и т. д. Докладчикъ обращаетъ вниманіе Пироговскаго съѣзда на малое знакомство съ этими школами и предлагаетъ приняться за изученіе ихъ по особо составленной программѣ.

Проф. Хлопинъ присоединился къ пожеланію докладчика объ изученіи санитарнаго состоянія подобныхъ школъ, притомъ не только еврейскихъ, но и остальныхъ инородческихъ. Постановили: пренія отложить до слѣдующаго засѣданія.

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. В. Корчакъ-Чепурковскій (Кіевъ), секретарями—Е. Д. Гвоздикова (Спб.) и А. И. Раммуль (Спб.).

Пренія по докладу Л. Л. Рохлина, заслушанному 26 апрѣля.

Проф. Хлопинъ привелъ данныя анкеты еврейскихъ школъ относительно числа учениковъ въ классѣ, площади пола, кубическаго содержанія воздуха, условій освѣщенія. Послѣднія до извѣстной степени подтверждаютъ положенія докладчика. Желательно, чтобы къ слѣдующему съѣзду были бы сдѣланы изслѣдованія относительно состоянія еврейскихъ и другихъ инородческихъ школъ. Рохлинъ обратилъ вниманіе, что его данныя относятся къ народнымъ вѣроисповѣднымъ школамъ, число которыхъ доходитъ въ Россіи до 30.000.

Постановлено: 1) Признать необходимымъ производство массоваго обслѣдованія еврейскихъ школъ и въ частности начальныхъ вѣроисповѣдныхъ, т. е. хедеровъ. 2) Просить правленіе Пироговскаго Общества составить планъ и программу изслѣдованія этихъ школъ, рекомендуя практическое выполненіе изслѣдованія по этой программѣ обществу распространенія просвѣщенія между евреями въ Россіи. 3) Признать необходимымъ включить въ программу XII Пироговскаго съѣзда вопросъ о санитарномъ состояніи народныхъ и въ частности различныхъ типовъ инородческихъ школъ и о состояніи физическаго развитія учащихся въ этихъ школахъ.

В. П. Кашкадамовъ (Спб.): Примѣненіе санитарныхъ нормъ для домовъ въ строительной практикѣ русскихъ городовъ. Положенія доклада: 1) Постройка домовъ въ городахъ Россіи производится безъ всякаго соотвѣтствія съ требованіями гигіены. 2) Главными причинами такого положенія дѣлъ должны быть признаны: а) весьма недостаточное знакомство спеціалистовъ архитекторовъ и гражданскихъ инженеровъ, а тѣмъ болѣе лицъ, имѣющихъ званіе техника, съ гигіеной вообще и строительной въ частности; б) крайняя отсталость строительнаго устава и отсутствіе удовлетворительныхъ мѣстныхъ постановленій по санитарно-строительной части. 3) Климатическія, экономическія и бытовыя условія отдѣльныхъ районовъ Россіи настолько рѣзко отличаются между собой, что однѣ и тѣ же нормы не могутъ быть примѣняемы по всей Россіи. 4) Наибольшаго вниманія въ этомъ отношеніи заслуживаютъ: а) степень естественнаго освѣщенія (ширина улицъ и высота домовъ, величина площади двора, расположеніе, величина и число оконъ) и б) регуляція тепла (толщина стѣнъ, время просушиванія и окончательной

штукатурки стѣнъ, величина естественной вентиляціи). 5) Послѣдствіями невыполненія требованій гигіены въ первомъ случаѣ являются: а) узкія и темныя улицы; б) слабый обмѣнъ наружнаго воздуха, вызывающій сильное нагрѣваніе (resp. охлажденіе) стѣнъ; в) темныя квартиры; во второмъ случаѣ—прохладныя и сырыя квартиры. 6) Квартиры, неудовлетворительныя въ санитарномъ отношеніи, несомнѣнно, повышаютъ заболѣваемость и смертность среди людей даннаго участка, въ особенности отъ заразныхъ болѣзней, какъ это доказано многочисленными наблюденіями. 7) Въ виду замѣтнаго оживленія въ настоящее время въ расширеніи и застройкѣ русскихъ городовъ, необходимо торопиться изданіемъ новаго строительнаго устава, заключающаго въ себѣ минимальныя нормы гигіеническихъ требованій, а равно и особыхъ постановленій порайоннаго характера, соотвѣтствующихъ мѣстнымъ условіямъ во всѣхъ отношеніяхъ. 8) Необходимо во всѣхъ спеціальныхъ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ, выпускающихъ лицъ съ правомъ постройки домовъ, ввести преподаваніе такъ называемой «Строительной гигіены» въ качествѣ обязательнаго предмета и съ обстановкой, обезпечивающей правильное и успѣшное веденіе дѣла. Въ дополненіе къ этому докладчикъ внесъ предложеніе: ходатайствовать черезъ правленіе Пироговскаго съѣзда о томъ, чтобы 1) къ составленію новаго строительнаго устава были бы привлечены мѣстныя силы санитарно-техническаго надзора; 2) организовать въ университетскихъ городахъ подъ руководствомъ профессоровъ гигіены работы по изслѣдованіямъ относительно санитарныхъ нормъ примѣнительно къ мѣстнымъ условіямъ; 3) поставить на слѣдующемъ Пироговскомъ съѣздѣ этотъ вопросъ среди программныхъ и одновременно съ нимъ созвать съѣздъ городскихъ дѣятелей.

Гловецкій признаетъ необходимымъ участіе врачей въ центральномъ строительномъ органѣ. Рохлинъ находитъ, что строительный уставъ поставилъ бы въ затруднительныя условія бѣднѣйшую часть населенія. Васильевскій указываетъ, что вмѣшательство санитарныхъ органовъ въ это дѣло ничтожно, а между тѣмъ участіе ихъ необходимо. Проф. Хлопинъ находитъ вопросъ, возбужденный докладчикомъ, вполнѣ своевременнымъ. Постановлено: Принявъ во вниманіе общественную важность и обширность затронутаго докладчикомъ жилищнаго вопроса, секція гигіены признаетъ необходимымъ включить въ программу будущаго XII Пироговскаго съѣзда: 1) выработку программъ и методовъ обслѣдованія жилищъ и 2) выработку программы мѣропріятій по улучшенію жилищъ со стороны государства, общественныхъ самоуправленій и другихъ организацій.

И. И. Орловъ (Москва): 1) Объ организаціи лѣтнихъ школьныхъ колоній. 2) Московскія городскія лѣтнія школьныя колоніи. Положенія: 1) устройство школьныхъ колоній представляется насущной потребностью для гор. Москвы; 2) городъ Москва только приступаетъ къ устройству ихъ; 3) назрѣла необходимость широкой организаціи школьныхъ колоній.

Гороховъ выражаетъ пожеланіе, чтобы городскія управленія ближе подошли бы къ нуждамъ бѣднѣйшаго населенія. Чернобаева предлагаетъ выразить пожеланіе, чтобы школьныя колоніи были устроены во всѣхъ городахъ. Рохлинъ замѣтилъ, что школьныя колоніи даютъ пріютъ только ничтожному проценту дѣтей. Было бы желательно имѣть отчеты о дѣятельности ихъ, составленные по однообразной программѣ. Лѣтнія колоніи должны дѣйствовать круглый годъ. Проф. Хло-

пинъ считаетъ, что въ организаціи школьныхъ колоній должны принимать участіе не только городскія и общественныя учрежденія, но и правительственныя.

Постановлено: Признавая важное санитарное значеніе за школьными лѣтними колоніями для поднятія здоровья учащихся, секція считаетъ необходимымъ, чтобы въ организаціи ихъ приняли самое дѣятельное участіе общественныя самоуправленія, правительство и общество.

Г. И. Гордонъ (Спб.): Самоубійства дѣтей. Докладчикъ собралъ матеріалъ за 5 лѣтъ, относящійся къ 680 случаямъ. Изъ нихъ на долю учащихся падаетъ 57%. Сама школа играетъ крупную роль въ этіологіи самоубійствъ (отъ 20—30%). По свѣдѣніямъ Родительскаго Комитета по всей Россіи, за 5 лѣтъ было 78 покушеній, 136 самоубійствъ, 290 отказовъ отъ экзаменовъ, 4700—уходъ изъ школы и 10.000 уволено. На почвѣ наслѣдственности и нервной неустойчивости молодого поколѣнія играютъ большую роль школьныя условія. Одинъ изъ моментовъ, вліяющихъ на самоубійства, это алкоголизмъ. Положенія доклада: 1) самоубійства дѣтей, какъ объ этомъ свидѣтельствуютъ статистическія данныя, постоянно возростаютъ во всѣхъ странахъ; 2) среди причинъ дѣтскихъ самоубійствъ школа играетъ первенствующую роль; 3) школьную медицину необходимо реформировать, расширивъ предѣлы ея вліянія на весь строй школьной жизни и это, несомнѣнно, благотворно повліяетъ на число школьныхъ самоубійствъ; 4) семья и недостатки ея воспитанія, особенно же рознь между родителями и дѣтьми, являются нерѣдко причиной самоубійства послѣднихъ; 5) самоубійства ремесленныхъ учениковъ составляютъ постоянное зло, отчасти кроющееся въ ненормальностяхъ положенія городского ремесленнаго класса; 6) алкоголизмъ въ школѣ дѣлаетъ огромные успѣхи и сильно способствуетъ распространенію школьныхъ самоубійствъ; 7) школьныя самоубійства являются отдаленнымъ отраженіемъ печальной дѣйствительности, среди которой мы живемъ, число ихъ сократится, когда улучшатся общія условія нашего существованія.

Сысинъ указываетъ, что самоубійства дѣтей являются послѣдствіемъ той же политики, которая составляетъ причину вообще всѣхъ самоубійствъ. Трахтенбергъ, въ числѣ практическихъ мѣръ, предлагаетъ улучшить правовое положеніе врача. Калантаровъ находитъ необходимымъ, чтобы родительскіе комитеты сдѣлались бы неотъемлемой частью школъ. Лощиловъ считаетъ, что значительная часть самоубійствъ лежитъ на отвѣтственности педагоговъ. Проф. Хлопинъ считаетъ, что въ числѣ мѣръ борьбы съ самоубійствами физическое воспитаніе составляетъ одну изъ осуществимыхъ. Министерство народнаго просвѣщенія получаетъ свѣдѣнія, пользуясь содѣйствіемъ мин. юстиціи и полиціи. Школьные врачи должны давать заключеніе о каждомъ случаѣ самоубійства. Желательно, чтобы регистрація самоубійствъ велась бы и въ другихъ вѣдомствахъ. Рафесъ предлагаетъ устраивать собесѣдованія философскаго характера, выясняющія цѣнность жизни. Среди учениковъ наблюдается полное отсутствіе идеаловъ. На врачахъ лежитъ обязанность поддерживать вѣру въ жизнь. Трощенко произвелъ на 1200 ученикахъ начальныхъ школъ Петербургской губерніи психическое изслѣдованіе. Число кандидатовъ на самоубійство достигаетъ до 2%. Дифференціація учащихся по психическому состоянію не производится и для нихъ не существуетъ отдѣльныхъ школъ. Клячкина считаетъ противорѣчіе между семейной обстановкой и школьной условіемъ, поддерживающимъ самоубійства. Гордонъ настаиваетъ на необходимости преподаванія въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ антиалкоголизма. Составленіе резолюціи отложено до вечерняго засѣданія.

27 апрѣля (вечеромъ).

Въ началѣ засѣданія почетнымъ предсѣдателемъ былъ А. В. Корчакъ-Чепурковскій (Кіевъ) и секретарями—Е. Д. Гвоздикова и А. И. Раммуль (Спб.), на вторую половину засѣданія почетнымъ предсѣдателемъ избранъ В. П. Кашкадамовъ (Спб.).

По докладу Г. И. Гордона «Самоубійства у дѣтей» приняты слѣдующія постановленія: Самоубійства среди дѣтей находятся въ тѣснѣйшей связи съ общими условіями духовнаго и моральнаго состоянія общественнаго организма въ данное время. Они являются показателемъ ненормальности этого состоянія. Такъ какъ, однако, среди дѣтей-самоубійцъ большинство приходится на долю учащихся въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ, то прежде всего должны быть приняты мѣры оздоровленія нашей школьной жизни. Въ числѣ послѣднихъ секція отмѣчаетъ необходимость, чтобы, по возможности, исчерпывающія въ этомъ смыслѣ свѣдѣнія, по однообразной программѣ, получались и опубликовывались не только со стороны министерства народнаго просвѣщенія, но и остальными министерствами и вѣдомствами, въ завѣдываніи которыхъ находятся учебныя заведенія всѣхъ типовъ. Секція выражаетъ пожеланія: 1) участія родительскихъ комитетовъ въ изученіи этого явленія; 2) улучшенія постановки дѣла физическаго воспитанія и 3) отмѣны системы экзаменовъ и оцѣнки успѣховъ отмѣтками.

А. Г. Трахтенбергъ (Спб): Къ матеріальному, правовому и санитарному положенію учащихъ въ народныхъ школахъ Россіи. Положенія: 1. Необходимо повышеніе получаемаго народными учителями жалованья и назначеніе престарѣлымъ пенсій. 2. Квартиры учащихъ, помѣщающіяся въ школьномъ зданіи, должны быть отдѣлены отъ классной комнаты капитальной стѣной и имѣть особый ходъ, во избѣжаніе занесенія инфекціи изъ школы въ семью учителя и обратно. 3. Въ цѣляхъ педагогическихъ и санитарныхъ на одного учащаго должно приходиться не болѣе 40—50 учащихся. 4. Желательно собираніе и обработка статистическихъ данныхъ о заболѣваемости учащихъ въ народныхъ школахъ. 5. Какъ самимъ учащимъ, такъ и семьямъ ихъ должно быть предоставлено право безплатнаго леченія въ земскихъ больницахъ. 6. Дѣти народныхъ учителей должны быть освобождены отъ платы за право ученія въ учебныхъ заведеніяхъ и для нихъ (т. е. дѣтей) должны быть устроены спеціальные интернаты. 7. Желательна организація школьныхъ попечительствъ изъ слѣдующихъ лицъ: учителя народной школы, земскаго врача, священника и члена училищнаго совѣта. 8. Необходимо участіе въ училищномъ совѣтѣ, а также въ земскихъ собраніяхъ учащихъ, какъ лицъ, свѣдущихъ въ школьно-педагогическихъ вопросахъ, съ правомъ совѣщательнаго голоса. 9. Надѣленіе школъ землей весьма желательно, какъ подспорье къ скромному жалованью учителей, а также какъ средство для проведенія въ народѣ раціональныхъ сельско-хозяйственныхъ знаній. 10. Необходимо устройство пріютовъ для престарѣлыхъ и неизлечимыхъ больныхъ и санаторій для временнаго леченія народныхъ учителей. 11. Съ цѣлью самообразованія и расширенія умственнаго кругозора учащихъ желательна организація учительскихъ (земскихъ) библіотекъ, общеобразовательныхъ курсовъ, періодическихъ совѣщаній врачебнаго персонала съ

учительскимъ по школьно-санитарнымъ вопросамъ. 12. Необходимо объединеніе лицъ учительскаго званія и созданіе порайонныхъ союзовъ взаимопомощи съ цѣлью улучшенія матеріальнаго и правового положенія учащихъ въ народныхъ школахъ Россіи.

П. В. Сажина (Спб.): Можетъ-ли алкоголь быть признанъ пищевымъ веществомъ? Опредѣленіе понятія «пищевое вещество» на основаніи числа получаемыхъ при окисленіи въ организмѣ калорій—одностороннее. Необходимъ и физіологическій критерій, который и устанавливаетъ, что алкоголь являетcя ядовитымъ веществомъ, дѣйствующимъ подобно всякому другому наркотическому яду. Алкоголь рѣзко отличается отъ истинныхъ пищевыхъ веществъ тѣмъ, что 1) онъ не можетъ служить пластическимъ цѣлямъ организма, 2) онъ оказываетъ первичное ядовитое дѣйствіе, 3) не подвергается въ организмѣ никакимъ предварительнымъ измѣненіямъ, 4) не можетъ отлагаться въ запасъ, 5) окисленіе алкоголя связано съ пониженіемъ функцій организма. Въ приписываніи алкоголю питательныхъ свойствъ лежитъ серьезная опасность для людей.

Въ преніяхъ участвовали проф. Хлопинъ и Сажинъ. Постановлено: Алкоголизмъ при современныхъ условіяхъ является однимъ изъ важнѣйшихъ факторовъ, разрушающихъ народное здоровье и настоящаго и даже будущаго поколѣнія. Широко распространенное ложное представленіе о питательныхъ будто бы свойствахъ спиртныхъ напитковъ значительно содѣйствуетъ развитію алкоголизма. Въ виду того, что нѣтъ основанія для отнесенія алкоголя къ ряду пищевыхъ веществъ, особенно въ практическомъ общежитейскомъ смыслѣ этого слова, врачамъ, въ цѣляхъ плодотворной профилактики, необходимо всѣми доступными для нихъ мѣрами искоренять существующее въ широкихъ массахъ ложное представленіе о питательныхъ будто бы свойствахъ спиртныхъ напитковъ, и выяснить истинное значеніе алкоголя, какъ типическаго наркотическаго ядовитаго вещества.

Г. Д. Бѣлановскій: О нѣкоторыхъ особенностяхъ болгарской палочки. Болгарская палочка образуетъ въ 3—4 раза болѣе молочной кислоты и углекислоты, чѣмъ другія палочки скисанія молока. Она обладаетъ сильнымъ микробоциднымъ свойствомъ. Она убиваетъ палочку синяго гноя. Прибавленіе различныхъ количествъ сахара уменьшало кислотопродукцію болгарской палочки, но не ослабляло ея жизнеспособности. Эти изслѣдованія имѣютъ практическій интересъ, такъ какъ болгарская палочка послужила исходной точкой для приготовленія лактобациллина, который, по рекомендаціи проф. И. И. Мечникова, получилъ теперь широкое распространеніе при разстройствахъ кишечника. Сама по себѣ болгарская палочка придаетъ молоку очень кислый вкусъ. Лактобациллиновая культура состоитъ изъ болгарской палочки и Гюнтеровскаго кокка. Прибавленіе сахара дѣлаетъ этотъ продуктъ болѣе съѣдобнымъ. Такимъ образомъ достигается дезинфекція кишечника.

А. И. Раммуль: Объ очисткѣ питьевой воды. Докладчикъ сдѣлалъ краткое описаніе всѣхъ примѣняемыхъ на практикѣ способовъ очистки питьевой воды, причемъ главнымъ образомъ остановился на характеристикѣ фильтровъ: англійскихъ, американскихъ, предварительныхъ, Микеля и Puech'а.

Перримондъ выразилъ пожеланіе, чтобы были изучены фильтры Puech'а, которые безусловно заслуживаютъ вниманія. Проф. Хлопинъ замѣтилъ, что фильтры Puech'а не составляютъ особой системы, такъ какъ здѣсь имѣется только особое размѣщеніе фильтрующихъ слоевъ. Аэрація здѣсь не имѣетъ особаго значенія.

Секція XVI. Общественная медицина.

21 апрѣля (вечеромъ).

Засѣданіе открыто завѣдующимъ секціей А. И. Шингаревымъ, который очертилъ условія, въ которыхъ движется теперь общественная медицина: ранніе морозы сгубили первые всходы русскаго освобожденія, многое разрушено въ общественной жизни, но мощный голосъ народныхъ нуждъ заставляетъ все же возвращаться къ старому, и противъ воли современныхъ руководителей жизни появляются новые всходы.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ И. В. Поповъ (Москва), почетными секретарями—Н. А. Звѣринцевъ (Саратовъ) и И. К. Кондорскій (Пермь).

С. Н. Игумновъ (Харьковъ): Основное направленіе дѣятельности земскихъ санитарныхъ врачей и ихъ подготовка. Первый образъ земскаго врача рисовался въ видѣ врача-гигіениста; всегда подчеркивались гигіеническія задачи земскаго врача, на амбулаторію смотрѣли какъ на народную аудиторію. Земская санитарія въ своемъ прошломъ всегда созидалась на соціологическомъ основаніи; ея цѣлью было изученіе общихъ санитарныхъ условій и удовлетвореніе общественныхъ массовыхъ нуждъ, а не частныхъ потребностей; ея методомъ были статистика, пропаганда и общественная организаціонная дѣятельность. Однако земская санитарія на этомъ пути шла не безъ зигзагъ. Лечебная дѣятельность трудно уживалась съ санитарной, лечебная дѣятельность давала большій эффектъ, и нерѣдко лекарь убивалъ гигіениста, и работа въ земствѣ шла по линіи наименьшаго сопротивленія. Не малую роль играла и недостаточность существующихъ методовъ. И отъ своего основного стремленія земская санитарія отвлекалась назойливыми земско-медицинскими нуждами, требовавшими скорѣйшаго удовлетворенія, начинаніями, сравнительно легко осуществимыми и дававшими осязательный результатъ и, хотя не безразличными, но все же побочными для нея самой, напр. организаціей аптечныхъ складовъ, выпиской медикаментовъ и т. д. Къ настоящему времени медицинскія науки чрезвычайно развились и развѣтвились, а жизнь съ ея запросами стала несравненно сложнѣе и требовательнѣе. Въ послѣднее время особое вниманіе обращено на распространеніе бактеріологическихъ основаній въ санитарной дѣятельности, усиленно насаждается бактеріологическій фельдшеризмъ. Бактеріологія далеко не охватываетъ всей санитаріи, въ погонѣ за бактеріей не надо забывать значенія соціологической среды въ дѣлѣ развитія болѣзней. Признавая необходимость расширенія, иногда спеціализаціи методовъ и средствъ для осуществленія санитарныхъ задачъ, не слѣдуетъ забывать основной ха-

рактеръ санитаріи—ея соціальныя задачи. Этотъ характеръ долженъ служить и критеріемъ—при опредѣленіи программъ дѣятельности санитарныхъ органовъ и при отмежевываніи ихъ отъ иныхъ учрежденій. Большое различіе въ санитарныхъ условіяхъ не только отдаленныхъ другъ отъ друга мѣстностей, но даже уѣздовъ въ предѣлахъ одной и той же губерніи—различіе, все болѣе и болѣе увеличивающееся вслѣдствіе развитія разныхъ видовъ промышленности, едва-ли даетъ возможность говорить объ единомъ типѣ земской санитаріи и санитарнаго врача: здѣсь требуется уже извѣстная индивидуализація сообразно съ мѣстными особенностями. Углубленіе и усложненіе запросовъ и задачъ санитаріи требуетъ отъ ея представителей очень многихъ разностороннихъ знаній и спеціализаціи въ нѣкоторыхъ областяхъ. Отсутствіе учрежденія, гдѣ можно было бы получать знанія, необходимыя для санитарныхъ врачей; трудность, а пожалуй, въ силу крайней разнородности и разносторонности этихъ знаній, невозможность создать для этого единый институтъ, заставляетъ изыскивать иные способы для образованія санитарнаго врача. Для этого могли бы служить спеціальные курсы по нѣкоторымъ санитарнымъ вопросамъ, практическія занятія при тѣхъ или иныхъ учрежденіяхъ, систематическіе осмотры показательныхъ или особо интересныхъ санитарныхъ мѣропріятій, промышленныхъ заведеній и пр. Въ виду этого желательно просить правленіе Пироговскаго Общества, въ случаѣ надобности, при участіи компетентныхъ лицъ, разработать указанный вопросъ, а именно: опредѣлить, если уже не примѣрныя программы, то лишь общій кругъ и минимальный объемъ знаній, необходимыхъ для всякаго санитарнаго врача, и намѣтить циклы нѣкоторыхъ спеціальныхъ знаній, необходимыхъ не для всѣхъ санитарныхъ врачей, а лишь для нѣкоторыхъ, такъ сказать, типичныхъ разновидностей ихъ, смотря по характеру мѣстныхъ условій предстоящей имъ дѣятельности и указать, гдѣ, при какихъ учрежденіяхъ и заведеніяхъ, когда, у кого можно получать эти знанія, объясненія и навыки, и для выясненія этого и организаціи необходимыхъ курсовъ и занятій войти въ соглашеніе съ различными учрежденіями и лицами.

П. А. Лощиловъ (Костромская губ.): **Очередныя нужды земской санитарной организаціи.** Идея о недостаточности для населенія одной чисто лечебной медицины и необходимости общеоздоровительныхъ санитарныхъ мѣропріятій, хотя и была сознана на первыхъ же порахъ дѣятельности земскихъ учрежденій со стороны наиболѣе вдумчивыхъ общественныхъ дѣятелей, однако и до сихъ поръ эта предупредительная область земской медицины далеко еще не получила всѣхъ правъ гражданства въ умахъ даже и болѣе сознательныхъ русскихъ людей и въ частности земскихъ и городскихъ дѣятелей. Изъ цѣлаго ряда причинъ этого явленія необходимо выдѣлить, какъ особо важную и общую, существующее у насъ до сихъ поръ направленіе школьнаго и университетскаго образованія, не дающаго своимъ питомцамъ не только гигіеническихъ знаній въ широкомъ смыслѣ этого слова, но даже и достаточно яснаго

я полнаго представленія о всей ихъ важности и необходимости для человѣка, семьи и государства. Необходимо прилагать всяческія усилія къ возможно широкому распространенію гигіеническихъ знаній, какъ-то: въ учебныхъ заведеніяхъ—путемъ введенія преподаванія гигіены; среди учащихъ земскихъ школъ—въ видѣ организаціи особыхъ курсовъ; бесѣдъ при посѣщеніи школъ; обезпеченія школъ соотвѣтствующими печатными изданіями и пособіями помимо непосредственнаго освѣдомленія населенія съ основами гигіены при помощи чтеній, бесѣдъ, раздачи популярныхъ изданій, предоставленія соотвѣтствующей литературы для чтенія стаціонарнымъ больнымъ и т. п. Весьма желательнымъ являются изданіе Пироговской коммиссіей брошюръ и пособій къ систематическимъ народнымъ чтеніямъ по медицинѣ и гигіенѣ; равно какъ брошюры и листки «о значеніи и задачахъ земской санитаріи», съ указаніемъ на роль участковыхъ «санитарныхъ попечительствъ», какъ необходимой мѣстной ячейки въ общемъ строѣ общественной медицины.

Для борьбы съ недостаточной санитарной подготовкой врачей необходимо: a) Привлечь профессоровъ, преподавателей гигіены въ русскихъ университетахъ къ участію въ окончательной разработкѣ и рѣшеніи вопроса о реформированіи въ ближайшее время преподаванія гигіены на медицинскихъ факультетахъ, въ смыслѣ возможнаго согласованія этого предмета съ современными требованіями общественной медицины. b) Вопросы о введеніи въ преподаваніе на медицинскихъ факультетахъ особаго курса общественной медицины и объ учрежденіи спеціальнаго Института, какъ болѣе крупные и менѣе разработанные, внести въ видѣ программныхъ на слѣдующій съѣздъ. c) Признать необходимой организацію повторительныхъ курсовъ для санитарныхъ врачей въ столичныхъ центрахъ при Московскомъ университетѣ и Петербургскомъ Клиническомъ Институтѣ по программѣ, достаточно отвѣчающей современному состоянію и нуждамъ общественной санитаріи. d) Признать настоятельно необходимымъ періодическія командировки санитарныхъ врачей для усовершенствованія. Назрѣла настоятельная необходимость въ созывѣ совѣщанія при правленіи Пироговскаго Общества по вопросамъ практической санитаріи и медицинской статистики.

Въ преніяхъ Костылевъ (Тверь) указалъ, что безъ распространенія гигіеническихъ знаній ни о чемъ мечтать не приходится. Цвѣтаевъ (Кострома) считаетъ, что въ санитарной дѣятельности настало время отойти отъ общихъ темъ и перейти къ назойливымъ нуждамъ, практическимъ заданіямъ, санитарной техникѣ, бактеріологіи; санитарный врачъ долженъ быть спеціалистомъ. Васильевскій (Баку) указываетъ, что соціологическія основанія должны попрежнему лежать въ основѣ работъ санитарнаго врача, но они не могутъ быть разрѣшены однимъ санитарнымъ врачемъ. Отказываться отъ исполненія санитарно-техническихъ нуждъ не приходится, но санитарный врачъ долженъ быть организаторомъ, долженъ быть освѣдомленъ въ этомъ вопросѣ. Вегеръ (Уфа) защитникъ направленія лабораторнаго; лабораторія есть тоже способъ познанія здоровья и какъ таковой долженъ быть использованъ; это направленіе можетъ идти рядомъ съ соціологическимъ; не одно и то же лицо будетъ заниматься этимъ дѣломъ. Рафесъ (Златоустъ), присоединяясь къ предшествующему оратору, подчеркиваетъ необходимость созыва съѣзда санитарныхъ врачей по предварительной анкетѣ, именно съѣзда работниковъ, а не совѣщанія руководителей. Тарасенко (Харьковская губ.) считаетъ,

что въ прогрессѣ санитарной жизни нельзя выкинуть лабораторію, но что ее можно осуществить тамъ, гдѣ не одинъ санитарный врачъ. Дурново (Баку) указываетъ на недостатокъ санитарныхъ врачей для пополненія санитарныхъ вакансій; количество этихъ вакансій ростетъ, требованія повышаются; крупная потребность сейчасъ въ организаціонныхъ силахъ, а не въ лицахъ, подготовленныхъ по бактеріологіи. Калантаровъ (Новг. губ.) отмѣчаетъ, что среди преподавателей гигіены въ университетахъ нѣтъ общественныхъ работниковъ, и потому не приходится разсчитывать на университеты. Золотавинъ (Петербургская губ.), присоединяясь къ взглядамъ Игумнова, указываетъ, что и въ предѣлахъ одной губерніи практическая дѣятельность можетъ быть различна; санитарный врачъ долженъ имѣть подготовку и по бактеріологіи, и по общественной медицинѣ, и по санитарной статистикѣ, а какъ работать—укажутъ мѣстные губернскіе съѣзды, санитарное бюро.

Собраніе постановляетъ часть вопросовъ доклада П. А. Лощилова, относящихся къ реформѣ высшаго образованія, передать въ соотвѣтствующую секцію съѣзда, часть, относящуюся къ распространенію гигіеническихъ знаній, въ соединенное засѣданіе секціи гигіены и общественной медицины, и затѣмъ выноситъ слѣдующее постановленіе: Въ виду значительности въ настоящее время санитарной дѣятельности земствъ и городовъ и въ виду углубленія и усложненія вопросовъ и задачъ санитаріи, признать необходимымъ созывъ при правленіи Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова особаго совѣщанія изъ санитарныхъ врачей, какъ завѣдующихъ бюро, такъ и участковыхъ, земскихъ, городскихъ, путей сообщенія для пересмотра программъ дѣятельности санитарной организаціи и санитарныхъ врачей, соотвѣтственно требованіямъ жизни и современныхъ научныхъ данныхъ, для выработки основныхъ требованій, которымъ должны удовлетворять санитарные врачи, и для выясненія путей и способовъ для подготовки врачебнаго персонала къ санитарной дѣятельности. Такое совѣщаніе должно предшествовать предполагаемому Пироговскимъ Обществомъ съѣзду дѣятелей по врачебно-санитарнымъ вопросамъ, должно быть надлежаще подготовлено и созвано въ возможно скоромъ времени.

С. Ф. Галюнъ (Петерб. губ.): Санитарныя попечительства и мелкая земская единица. Докладчикъ, давъ общую характеристику дѣятельности попечительствъ въ различныхъ земствахъ, въ частности въ Петербургской губ., указываетъ, что они въ своей работѣ захватили большой кругъ вопросовъ сан. благоустройства селъ и деревень. При отсутствіи мелкихъ земскихъ органовъ самоуправленія санитарныя попечительства являлись въ мѣстной жизни единственными организаціями самодѣятельности и самопомощи населенія въ санитарномъ отношеніи. Желательно распространеніе санитарныхъ попечительствъ при условіяхъ тѣсной связи съ земствомъ, отзывчивости земствъ на ходатайства попечительствъ и матеріальной помощи со стороны земства предпріятіямъ попечительствъ. Для правильнаго устройства мѣстной санитаріи и медицины необходимо учрежденіе мелкой земской единицы съ ея санитарной организаціей.

М. М. Кенигсбергъ (Оренбургъ): О значеніи организаціи санитарныхъ попечительствъ для городовъ въ дѣлѣ ихъ оздоровленія. Докладчикъ, опираясь на примѣръ попечительствъ Оренбурга, указываетъ на огромную роль, которую могутъ при правильной постановкѣ дѣла сыграть санитарныя попечительства; санитарныя попечительства въ городахъ должны являться или самостоятельными обществами при городской управѣ, или развѣтвленіемъ существующихъ оффиціально городскихъ санитарныхъ коммиссій, представляютъ собою, такъ сказать, мелкія городскія единицы. Санитарные попечители должны быть избираемы самимъ насе-

леніемъ своего района. Санитарныя попечительства должны одновременно выполнять и благотворительныя функціи (имѣть свои дешевыя и безплатныя столовыя-чайныя, конторы для пріисканія работъ прислуги, дневные пріюты для дѣтей и т. д.).

Въ преніяхъ Тезяковъ (Саратовъ) обратилъ вниманіе на юридическую сторону существованія попечительствъ; въ земскомъ положеніи нѣтъ указаній на право организовывать попечительства, и вотъ въ Саратовской губ., списавшей организацію попечительствъ съ Костромской губ., они были запрещены, въ Воронежской губ., послѣ нѣсколькихъ лѣтъ существованія попечительствъ, администрація обратила на нихъ вниманіе, дѣло дошло до сената, и сенатъ разъяснилъ попечительства. Необходима общеземская реформа: надо высказаться за мелкую земскую единицу. Золотавинъ (Петерб. губ.) указалъ, что въ министерствѣ внутреннихъ дѣлъ составленъ проектъ мелкой земской единицы, главнѣйшія функціи которой—полицейскія, всѣ остальныя обязанности (санитарныя, народное образованіе) вводятся только факультативно. Съѣзду нужно высказать свой протестъ противъ этого и указать, чтобы земства передали извѣстныя суммы въ руки попечительствъ. Крыловъ (Самара) указалъ на необходимость государственному бюджету придти на помощь муниципалитетамъ. Омельченко (Петербургская губ.) считаетъ, что при существующихъ условіяхъ санитарныя попечительства являются разновидностью великосвѣтскихъ благотворительныхъ учрежденій. Іоновъ (Самарская губ.) указываетъ на необходимость широко обслѣдовать и выяснить вопросъ о попечительствахъ. Френкель (Спб.) считаетъ, что санитарныя попечительства не должны имѣть ничего общаго съ органами самоуправленія; это добровольная помощь общества. Кондорскій (Пермь) считаетъ, что попечительства должны захватывать не только санитарные вопросы, но и культурныя задачи, должны привлечь всѣхъ интересующихся; должно быть центральное бюро, которое бы гарантировало преемственность въ работѣ попечительствъ. Кромѣ того, въ преніяхъ принимали участіе Цвѣтаевъ, Раппепортъ. Секція постановила: Просить правленіе Пироговскаго Общества собрать свѣдѣнія о программахъ и фактической дѣятельности санитарныхъ попечительствъ во всей Россіи, и всѣ свѣдѣнія, которыя будутъ собраны, передать въ то совѣщаніе санитарныхъ врачей, о которомъ постановила секція при обсужденіи предыдущихъ докладовъ.

22 апрѣля (вечеромъ).

Почетными предсѣдателями избраны З. Г. Френкель (Спб.) и Н. И. Тезяковъ (Саратовъ), секретарями—П. А. Антоновъ (Саратовъ) и А. М. Еланчикъ (Тамбовъ).

А. И. Шингаревъ: Расходы на дѣло народнаго здравія бюджетовъ мѣстныхъ и государственныхъ. Во всѣхъ государствахъ бюджетъ обыкновенно перегруженъ непроизводительными расходами, но Россія и въ этомъ отношеніи выдѣляется: только 12 проц. изъ 2½ милліарднаго бюджета тратится у насъ на культурно-хозяйственныя нужды страны. Иначе построены мѣстные бюджеты: въ земствахъ 70% производительныхъ расходовъ и 15% на общегосударственныя нужды, въ городахъ 75% производительныхъ и 18% идетъ на общегосударственныя нужды. Главное, чѣмъ мы болѣемъ—это крайняя недостаточность средствъ на удовлетвореніе мѣстныхъ потребностей, и въ то же время средства на «воспособленіе государства». На мѣстахъ гроши, которыми удовлетворяется культурно-хозяйственная жизнь страны. Земства тратятъ на дѣло народнаго здравія 29% своего бюджета (города—18%), причемъ въ 1868 г. было 8%, въ 1880—17%, въ 1890—21%. Но изъ этой траты на медицину только 9% идутъ на дѣло санитарное, остальное на медицину лечебную, между тѣмъ какъ въ Англіи 40% на ле-

чебную медицину и 58% на санитарную часть, 1 кровать въ Даніи приходится на 300 чел., въ Пруссіи на 400, во Франціи на 500, въ Англіи на 600 чел., а въ Россіи на 1600. 1 кровать для душевнобольныхъ въ Англіи на 356 чел., во Франціи на 554, въ Россіи на 13.970. Города и тѣ обезпечены крайне слабо: въ Берлинѣ 1 кровать на 82,9, въ Парижѣ 84,8, въ Петербургѣ 126, въ Москвѣ 143,3. Положенія доклада: 1) Несмотря на выдающееся санитарное неблагополучіе Россіи, расходы на дѣло народнаго здравія у насъ крайне недостаточны. 2) Это зависитъ, по преимуществу, отъ трехъ причинъ: а) небреженія интересами народнаго здоровья со стороны государства; б) устарѣлымъ, ограниченнымъ, не демократическимъ представительствомъ въ органахъ самоуправленія; в) крайней централизаціей общественныхъ расходовъ въ государственномъ бюджетѣ и чрезвычайно малымъ развитіемъ мѣстныхъ бюджетовъ. 3) Устраненіе всѣхъ этихъ неблагопріятныхъ моментовъ и особенно расширеніе мѣстныхъ бюджетовъ за счетъ общественныхъ источниковъ обложенія являются главнѣйшими шагами по пути оздоровленія Россіи.

М. М. Гранъ: Сообщеніе бюро подсекціи городской медицины по вопросу о принудительномъ оздоровленіи. Въ цѣляхъ полученія матеріаловъ по вопросу о принудительномъ оздоровленіи были разосланы обращенія къ товарищамъ въ Поволжьѣ. Отвѣты отъ нѣкоторыхъ получены; большинство рисуетъ ту обстановку, при которой происходили работы спеціальной коммиссіи для собиранія научнаго матеріала по вопросу о санитарномъ состояніи Поволжья. Мѣстные люди не понимали членовъ коммиссіи, и наоборотъ. Въ настоящее время опасность принудительнаго оздоровленія для большинства городовъ Поволжья миновала.

Д-ръ Полякъ: О роли правительственныхъ и общественныхъ органовъ народнаго здравія. Главной задачей доклада является опредѣленное соотношеніе правительства и общества въ дѣлѣ физическаго здравія народа. Установивъ экономическое значеніе потерь для государства отъ болѣзненности и смертности членовъ его (въ Царствѣ Польскомъ по исчисленію докладчика ежегодная потеря можетъ считаться въ 144 милліона рублей, а для всей Имперіи—1½ милліарда), докладчикъ подчеркиваетъ то основное положеніе, что самыя громадныя затраты на улучшеніе общественнаго здравія должны считаться производительными. Конечно, здоровье населенія зависитъ главнымъ образомъ отъ общихъ коренныхъ государственныхъ, юридическихъ и административныхъ реформъ, но за невозможностью ихъ анализировать на данномъ съѣздѣ приходится ограничиться реформами чисто санитарнаго свойства. Изложивъ постановку этого вопроса въ Англіи, Франціи и Германіи и проводя параллель съ постановкой этого вопроса въ Россіи, докладчикъ особенно подчеркиваетъ то странное выраженіе въ положеніяхъ о земскихъ учрежденіяхъ и объ общественномъ управленіи городовъ—именно

слово «участіе въ мѣропріятіяхъ по охраненію народнаго здравія», которое даетъ поводъ къ постояннымъ недоразумѣніямъ. Санитарныя мѣропріятія должны быть всецѣло возложены на общественныя управленія; правительственные санитарные органы должны сохранять за собою характеръ судебно-медицинскій, надзоръ въ области врачеванія, аптекъ и т. п., экспертизу по воинскимъ дѣламъ. Земскія учрежденія и городовыя управленія должны быть обязаны по закону къ обезпеченію самыхъ насущныхъ потребностей населенія, въ особенности къ доставленію здоровой воды и устройству системы удаленія нечистотъ. Главными обязанностями центральнаго самоучрежденія должно быть наблюденіе помощью статистическихъ и другихъ пріемовъ надъ состояніемъ здоровья населенныхъ мѣстъ, оказываніе по ходатайству ихъ содѣйствія въ техническомъ отношеніи по разнымъ вопросамъ оздоровленія, посредничество между ними и правительствомъ съ цѣлью матеріальной помощи для волостей и городовъ на санитарныя мѣропріятія. Необходимо назначеніе значительнаго правительственнаго фонда на субсидіи и долгосрочные займы для городовъ и селъ на санитарныя мѣропріятія. Такія мѣропріятія должны быть осуществлены безотлагательно; слѣдуетъ одновременно приступить къ составленію устава народнаго здравія въ замѣну существующихъ архаическихъ законовъ, циркуляровъ, рѣшеній сената и пр.

Н. П. Василевскій (Баку): О принудительномъ оздоровленіи городовъ. Докладчикъ привелъ проектъ принудительнаго оздоровленія Петербурга и соображеніе министерства къ законопроекту. Остановившись на ссылкахъ министерствъ на англійскіе и французскіе законы о принудительномъ оздоровленіи, докладчикъ указываетъ, что эти законы совершенно непримѣнимы къ Россіи, гдѣ о какихъ-либо среднихъ нормахъ коэффиціента смертности для русскихъ городовъ пока еще не приходится и говорить. Есть и противорѣчіе съ англійскими и французскими законами: правительство не предупредило Петербургское общественное управленіе, не опредѣлило срока для осуществленія мѣропріятій, не установило факта дѣйствительнаго сопротивленія со стороны общественнаго управленія. То, что въ Англіи и Франціи является лишь звеномъ стройнаго санитарнаго законодательства при наличности опредѣленной санитарной организаціи мѣстной и центральной, то является болѣе чѣмъ страннымъ въ Россіи при отсутствіи соотвѣтствующаго кодекса врачебно-санитарнаго законодательства, при отсутствіи правильно установленной организаціи всѣхъ санитарныхъ учрежденій, мѣстныхъ и центральныхъ. Мало осуществить какое-либо санитарно-техническое сооруженіе, необходимо, чтобы оно соотвѣтствовало своему назначенію во время своего функціонированія, подлежало постоянному врачебно-санитарному контролю. Въ Одессѣ, напр., имѣются и водопроводъ, и канализація, но функціонируютъ они очень неудовлетворительно, то же отмѣчается и въ другихъ городахъ, и это понятно при отсутствіи правильной организаціи контроля. Опытъ принудительнаго оздоровленія мы имѣли въ правилахъ 11 августа 1903 года, и на этой почвѣ мы видѣли сжиганіе домовъ,

сжиганіе торговыхъ рядовъ, сплошное обливаніе растворомъ извести всѣхъ дворовъ, даже и асфальтированныхъ, цѣлыя арміи временныхъ врачей, назначенныхъ для принудительнаго поголовнаго осмотра населенія и т. д. Все это стоило Одессѣ въ 2 года до $^1/_2$ милл. безъ всякаго результата; то же имѣло мѣсто въ Баку. Такой же результатъ вполнѣ мыслимъ и въ области большихъ оздоровительныхъ сооруженій. Не надо забывать, что всякія обязательныя постановленія могутъ дать ощутительные результаты лишь при условіи пониманія ихъ самимъ населеніемъ. При бюрократическихъ порядкахъ, при несамостоятельности общественныхъ учрежденій, при ихъ цензовомъ основаніи, охрана здоровья населенія и борьба съ эпидеміями не могутъ достигнуть надлежащаго развитія и полнаго успѣха. Положенія докладчика сводятся къ слѣдующему: 1) принудительное оздоровленіе городовъ, проектируемое само по себѣ безъ связи съ реформой всего санитарнаго законодательства страны и при отсутствіи правильно установленныхъ мѣстныхъ и центральныхъ общественно-санитарныхъ организацій, не будетъ въ состояніи обезпечить желаемыхъ результатовъ; 2) самостоятельное развитіе русской общественной медицины, достигшее высокаго положенія, даетъ основаніе надѣяться на правильную постановку и городской общественно-санитарной самодѣятельности при условіи необходимой реформы городскихъ управленій.

Проф. Капустинъ считаетъ, что принудительныя мѣры могутъ имѣть смыслъ тогда, когда эти мѣры понятны всѣмъ, вошли въ сознаніе населенія. Изложивъ исторію законопроекта въ Государственной Думѣ, ораторъ устанавливаетъ то положеніе, что проекты, которые будутъ затрогивать основные интересы общественныхъ управленій, не могутъ пройти въ Думѣ; когда это выяснилось, правительство взяло проектъ обратно и замѣнило его другимъ, гдѣ городу предлагалось осуществить мѣропріятія въ теченіе извѣстнаго срока. Вегеръ (Уфа) отмѣчаетъ, что, кромѣ финансоваго состоянія, неудовлетворительнаго избирательнаго городского закона, есть еще третья причина—тяжелая административная опека надъ городскими учрежденіями, препятствующая проведенію всякихъ начинаній. Игумновъ (Харьковъ) подчеркиваетъ, что для оздоровленія нужна цѣлая система, а нельзя вырывать одну мѣру, врѣзывающуюся клиномъ и отнимающую зачатки самодѣятельности. Челноковъ (членъ Государственной Думы) указываетъ, что правительство должно придти на помощь городамъ финансированіемъ и техническими силами.. и только. Гавриловъ (Самара) по отношенію къ Самарѣ отмѣчаетъ непродуктивность работъ бывшей въ Самарѣ коммиссіи, которая не имѣла данныхъ для научнаго освѣщенія вопроса. Никольскій (Астрахань) указываетъ, что въ Астрахани вопросъ тормозился тѣми же сферами, которыя теперь настаиваютъ на принудительномъ оздоровленіи; теперь съ рѣшеніемъ финансоваго вопроса мѣропріятія будутъ осуществлены. Дорфъ (Баку) даетъ характеристику отношеній правительства къ земству, которое такъ работало, что его надо было остановить: создали фиксацію обложенія, отняли продовольствіе, отняли обязательныя постановленія; теперь эту систему примѣняютъ къ городу: отнимаютъ у городского управленія и отдаютъ туда, гдѣ Лидваль, жертвы Гарина...

Въ преніяхъ, кромѣ того приняли участіе Фальборкъ (гласн. Петерб. думы), Калантаровъ (г. Череповецъ), Цвѣтаевъ (Кострома), Астраханъ (Москва).

Собраніе приняло 1 и 2 положенія Васильевскаго, 3 положеніе Шингарева и предложеніе Вегера въ слѣдующей формулировкѣ: въ числѣ главнѣйшихъ условій для достиженія оздоровленія городовъ, наряду съ улучшеніемъ финансовъ и демократизаціей самоуправленія, должно стоять и освобожденіе самоуправленія отъ правительственной опеки.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины и акушерства.

23 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ прив.-доц. Н. К. Неоловъ (Кіевъ).

С. И. Кузьминъ (Саратовъ): Акушерская помощь въ земскихъ медицинскихъ участкахъ Саратовской губ. по даннымъ 1908 года. Въ Саратовской губ. 1 врачъ приходился на 10.648 жителей, 1 фельдшерица-акушерка—на 9.223 и 1 акушерка—на 65.000 жителей населенія. На 1 больничную кровать приходилось 2419 жит. населенія. Стаціонарныхъ больныхъ женщинъ было 0,3 %, изъ нихъ акушер. стац. больныхъ было менѣе 0,1 % всего населенія. Изъ 100 рожениць медицинское пособіе получали 5, остальныя были предоставлены повитухамъ или себѣ самимъ. Но и это незначительное число пособій было въ $^2/_3$ произведено акушерками и лишь $^1/_3$—врачами, т. е. изъ 100 рожениць врачебную помощь получали лишь 1—2 роженицы. Всего акушерскихъ пособій было оказано 6054, изъ нихъ 1043 раза были производены акушерскія операціи. По роду оперативнаго вмѣшательства они распадались: на поворотъ—16 %, щипцы—13%, перфорація головки—4%, эмбріотомія—1,6%, ручное извлеченіе послѣда—34%, операціи при абортѣ—16,4, другія операціи—15%. Въ 65% оперативная помощь была оказана на дому и лишь въ 35%—стаціонарно въ больницѣ. Процентъ смертности при акушерскихъ операціяхъ былъ 0,29%. Незначительное пользованіе населенія раціональной медицинской помощью объясняется недостаточностью врачебныхъ участковъ. Около 55% всей площади находится внѣ предѣловъ 10-верстнаго радіуса отъ участка. Преобладаніе выѣздной помощи объясняется отсутствіемъ родильныхъ пріютовъ, имѣющихся лишь въ 6 уѣздныхъ городахъ изъ 10 уѣздныхъ городовъ губерніи. Докладъ былъ демонстрированъ картой Саратовской губ. съ нанесенными на нее врачебными участками и таблицей съ цифровыми данными.

Л. И. Бубличенко (Спб.): Организація акушерской помощи сельскому населенію въ земскихъ губерніяхъ. Акушерскую помощь въ земскихъ губерніяхъ оказывали повитухи (бабки 2-го разряда, грамотныя сидѣлки, ученицы и др.), акушерки и акушерки-фельдшерицы. Въ нѣкоторыхъ земствахъ замѣчается стремленіе упростить организацію акушерской помощи, замѣняя акушерокъ-фельдшерицъ акушерками; въ другихъ, напротивъ, приглашаются исключительно фельдшерицы-акушерки. Стаціонарное родовспоможеніе оказывалось въ родильныхъ пріютахъ. Типъ земскаго родильнаго пріюта—2 кровати, типъ городского и фабричнаго—4—6 кроватей. Стаціонарная помощь лучше всего поставлена въ Московской губерніи, затѣмъ слѣдуютъ губерніи съ фабрично заводской промышленностью (участіе фабрикъ и заводовъ въ устройствѣ пріютовъ). На 1 кровать родильныхъ пріютовъ приходились

41 роды въ годъ. Недостаточная плотность населенія, истощеніе земскаго бюджета—все это надолго помѣшаетъ осуществленію стаціонарной помощи, единственно научно-раціональной. Родовспоможеніе на дому является основнымъ для земскихъ губерній. Врачи попрежнему, однако, могутъ удѣлить время лишь незначительному числу родовъ, преимущественно патологическихъ. Замѣчательно, что число пособій, оказанныхъ врачами, ниже % патологическихъ родовъ. Врачи проводятъ лишь 0,2—1% всѣхъ родовъ. Акушерки въ общемъ проводятъ слишкомъ мало родовъ: 60% акушерокъ имѣетъ до 40 родовъ въ годъ. Переводя на деньги, каждые роды, проведенные акушеркой, обходятся земству въ 7 руб. Это—слишкомъ дорогая роскошь для земствъ. Наличность родильныхъ пріютовъ повышаетъ работоспособность акушерокъ. Тамъ, гдѣ привился институтъ повитухъ, обращаемость населенія за акушерской помощью не только не возросла, но даже падаетъ. Обращаемость населенія за акушерской помощью въ зависимости отъ разстоянія равнялась на мѣстѣ жительства—30%, при 10—15 верстахъ—15%, отъ 15—20—7%, отъ 20 и выше—20% и т. д. Хотя съ одной стороны организація родовспоможенія настолько слаба, что при относительной своей дороговизкѣ не удовлетворяетъ минимальнымъ требованіямъ, но съ другой стороны количество персонала, оказывающаго помощь, даже является избыточнымъ въ виду малой обращаемости населенія. Повитухи всѣхъ видовъ осуждены земской практикой. Замѣна акушерокъ акушерками-фельдшерицами является весьма желательной, такъ какъ у акушерки въ настоящее время остается вполнѣ достаточно времени, чтобы заниматься и помощью врачу въ качествѣ фельдшерицы. Такой типъ вспомогательнаго медицинскаго персонала въ концѣ-концовъ будетъ менѣе дорогой для земствъ. При подготовкѣ фельдшерицъ обязательно нужно имѣть въ виду, чтобы онѣ являлись вполнѣ подготовленными къ тому, чтобы оказывать и акушерскую помощь. Стаціонарное родовспоможеніе возможно въ видѣ открытія родильныхъ пріютовъ при врачебныхъ участкахъ. Для того, чтобы имѣть данныя для сужденія по вопросу о родовспоможеніи, нужно ввести точную регистрацію родовъ и подачи помощи при родахъ. Докладъ былъ демонстрированъ многочисленными картограммами и діаграммами.

Дорфъ (Черниг. губ.) указалъ, что при правильной безотрадности картины выводы докладчика неправильны. Обращаемость населенія невелика, но это не значитъ, что персоналъ избыточенъ. Только тогда, когда государство придетъ на помощь истощенному земскому бюджету своими средствами, только тогда возможна правильная организація дѣла. Орловъ (Вологда) замѣтилъ, что небольшая смертность, отмѣченная докладчикомъ, вещь случайная; оппоненту случалось служить въ нѣкоторыхъ губерніяхъ, гдѣ крестьянское населеніе было настолько культурно, что не допускало повитухъ къ внутреннему изслѣдованію до прибытія врача. При такихъ условіяхъ и результаты получались блестящіе. Къ сожалѣнію, такія губерніи лишь рѣдкія исключенія. На родильные дома и слѣдуетъ смотрѣть, какъ на разсадники культурнаго отношенія къ родамъ и улучшенія ухода за новорожденными. Акушерка не можетъ вытѣснить повитуху изъ-за экономическихъ условій. Какушкинъ (Спб.) отмѣчаетъ, что великое зло представляетъ существованіе раздѣленія акушерокъ на 2 разряда. Менѣе интеллигентныя повивальныя бабки 2-го разряда имѣютъ право заниматься практикой лишь въ сельскихъ мѣстностяхъ; такимъ образомъ въ деревню, гдѣ нужна особенно интеллигентная помощь, направ-

ляются полузнайки, а далеко-ли онѣ ушли отъ повитухъ. Строгановъ (Спб.) считаетъ, что процентъ смертности 0,29—блестящій. Соколовъ (Вятск. губ.) отмѣчаетъ, что въ Вятской губ. обращаемость населенія сильно возросла послѣ приглашенія въ каждый участокъ женщинъ-врачей, которымъ была поручена акушерская помощь населенію, несмотря на громадный радіусъ врачебныхъ участковъ. Соловьевъ (Смолен. губ.) указалъ, что на стаціонарную помощь нѣтъ денегъ, а выѣздная помощь, въ виду дальности разстояній, приходитъ слишкомъ поздно; нужно обучать акушерокъ повороту и наложенію щипцовъ. Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе Абражановъ (Полтава), Кузьминъ (Саратовъ).

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины, заразныхъ и кожныхъ болѣзней, по борьбѣ съ проказой.

23 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. В. И. Разумовскій (Саратовъ).

И. И. Гюбертъ: Борьба съ проказой. Сообщивъ о распространенности заболѣванія по даннымъ послѣдней Берлинской конференціи (изъ всего числа больныхъ 305.527 на долю Россіи приходится 1736), докладчикъ изложилъ исторію ученія объ этіологіи болѣзни. Онъ отвергаетъ взгляды на незаразительность проказы, сравнивая каждаго больного съ тлѣющей спичкой, которая при благопріятныхъ условіяхъ можетъ вызвать вокругъ себя пожаръ. Такимъ благопріятнымъ условіемъ для зараженія проказой человѣка авторъ считаетъ нарушеніе цѣлости его покрововъ и слизистыхъ наряду съ тѣснымъ общеніемъ больныхъ со здоровыми. Поэтому проказой наичаще поражаются бѣдные классы населенія. Единственнымъ раціональнымъ способомъ борьбы съ нею является строгая изоляція больныхъ; у насъ же вмѣсто цѣлесообразныхъ и разумныхъ мѣръ замѣчается лишь нерѣшимость и растерянность въ санитарныхъ мѣропріятіяхъ. Такъ какъ человѣкъ является носителемъ заразнаго начала, которое онъ способенъ передать посредственнымъ или непосредственнымъ путемъ окружающимъ его, то изоляція больного должна быть обязательной для всѣхъ больныхъ, у которыхъ при бактеріологическомъ изслѣдованіи обнаруживается присутствіе лепрозныхъ бациллъ. Этой изоляціи можно требовать отъ всякаго опаснаго для окружающихъ больного, такъ какъ эта жертва отъ него является лишь его долгомъ гражданина. Опаснымъ для окружающихъ надо считать каждаго больного проказой. Частныя мѣропріятія различныхъ благотворительныхъ обществъ полезны, желательны, но недостаточны, а поэтому слѣдуетъ, чтобы организація борьбы съ проказой перешла въ руки правительства. Наряду съ мѣропріятіями противъ распространенія проказы должны идти заботы о больныхъ, о призрѣніи и леченіи ихъ. Лучшимъ типомъ изоляціи являются пріюты-колоніи, устроенные неподалеку отъ населенныхъ пунктовъ. При колоніи должна быть небольшая больница. Положеніе «проказа излечима» слишкомъ категорично и преждевременно, но вмѣстѣ съ тѣмъ въ справедливость этого положенія необходимо вѣрить и всѣми силами стремиться къ его достиженію. Въ этомъ лежитъ залогъ того, что

больные сами охотно будутъ обращаться за помощью. За послѣдніе $1/2$ года докладчикомъ съ видимымъ успѣхомъ примѣнялся настинъ (Дайко-паши). Въ заключеніе докладчикъ указываетъ на необходимость выработки однообразной номенклатуры.

Р. К. Биллеръ (Рига): Борьба съ проказой и устройство лепрозорій. Докладчикъ считаетъ проказу болѣзнью заразительной, передающейся отъ человѣка къ человѣку при условіяхъ продолжительнаго домашняго сожительства и тѣснаго общенія. Для правильной борьбы съ нею необходима правильная регистрація прокаженныхъ, переданная всецѣло въ руки врачей-специалистовъ. Существующая въ Россіи регистрація не можетъ считаться достовѣрной. Освидѣтельствованіе прокаженныхъ, равно и подозрѣваемыхъ больныхъ проказой должно производиться врачемъ при обязательномъ содѣйствіи врача-специалиста, причемъ всегда слѣдуетъ прибѣгать къ бактеріоскопическому изслѣдованію. Единственной раціональной мѣрой, направленной противъ распространенія проказы, является изоляція больныхъ или подозрѣваемыхъ въ болѣзни. Больные бугорковой проказой должны быть, по возможности, всѣ изолированы въ лепрозоріяхъ; изъ одержимыхъ нервной формой только тѣ, у которыхъ имѣются язвы или же у которыхъ обнаружены палочки лепры въ носовой слизи. Бродяги и нищіе, одержимые всякой формой проказы, должны быть изолированы въ лепрозоріи. Больнымъ и подозрительнымъ по заболѣванію проказой должно быть запрещено появленіе въ общественныхъ мѣстахъ, а также запрещены нѣкоторыя занятія и профессіи. Весьма желательно, чтобы у больныхъ какъ можно раньше отбирались ихъ дѣти и передавались въ особые пріюты. Въ очагахъ проказы необходимо учредить должность врача-специалиста, которому должно быть поручено наблюденіе за распространеніемъ болѣзни, а также и борьба съ нею, причемъ бѣдные должны пользоваться безплатнымъ леченіемъ. На обязанности общества должна лежать забота о семьяхъ изолированныхъ больныхъ. Необходима популяризація свѣдѣній о проказѣ и излечимости ея въ населеніи. Что касается лепрозорій, то ихъ слѣдуетъ устраивать на совершенно различныхъ принципахъ въ зависимости отъ контингента больныхъ: для горожанъ—въ видѣ больницъ-пріютовъ, для сельскаго населенія—въ видѣ колоній. Затѣмъ прочитано докладчикомъ описаніе Рижской городской лепрозоріи и отчетъ по ней за истекшій годъ.

В. I. Андрусонъ (Ямбургъ): О неотложной необходимости усиленія борьбы съ проказой въ Россіи. Проказа въ Россіи, являющаяся истиннымъ народнымъ бѣдствіемъ, прежде всего должна быть удовлетворительно изучена, такъ какъ до сихъ поръ истинное количество больныхъ не извѣстно даже приблизительно, равно какъ не изучены всѣ ея очаги. Настоящаго законодательства о проказѣ не имѣется, такъ какъ все регулируется устарѣвшими циркулярами. Устарѣлость ихъ видна уже изъ того, что часть прокаженныхъ считается страдающей незаразительными формами; и эта часть по справедливости «съ разрѣшенія началь-

ства распространять вокругъ себя заразу». Основнымъ средствомъ борьбы съ проказой является изоляція, причемъ изоляція на дому не можетъ считаться удовлетворительной. Имѣющееся въ лепрозоріяхъ сейчасъ количество мѣстъ далеко не можетъ удовлетворить истинныхъ потребностей государства, поэтому борьба съ проказой должна перейти въ руки послѣдняго. Немедленно должно быть установлено точное число больныхъ и очаговъ болѣзни, причемъ въ послѣднихъ долженъ быть произведенъ поголовный осмотръ населенія врачами-спеціалистами. Въ борьбѣ съ проказой должны принять участіе всѣ общественныя учрежденія государства (земскія, городскія и т. д.). Въ цѣляхъ научныхъ, учебныхъ и лечебныхъ лепрозоріи слѣдуетъ устраивать неподалеку отъ университетскихъ городовъ. Сами лепрозорія должны быть 2-хъ типовъ: 1) больницъ-мастерскихъ, 2) богадѣленъ. Въ очагахъ проказы необходимо повысить культурный уровень населенія, особенно же бороться съ алкоголизмомъ. Необходимо улучшить качество низшаго служащаго персонала въ лепрозоріяхъ. Проказа не неизлечима. Лучшее средство это—Ol. Gynocardii, а также выдѣленное изъ этого масла вещество—антилепроль. Видимое излеченіе при такой терапіи приходится повременамъ наблюдать. Отъ увлеченія настиномъ докладчика удерживаютъ 2 случая почти полной слѣпоты, развившейся у больныхъ при впрыскиваніи имъ этого средства (въ одномъ случаѣ больной лечился у самого Дайко-паши).

Н. А. Золотавинъ (Нарва): **Къ вопросу о борьбѣ съ проказой въ Ямбургскомъ уѣздѣ.** Ямбургскій уѣздъ является очагомъ проказы: здѣсь повременамъ появляются все новые случаи заболѣванія. Причина распространенія болѣзни заключается въ тѣсномъ общеніи больныхъ со здоровымъ населеніемъ. Наблюдается приживаніе здоровыми крестьянками дѣтей отъ прокаженныхъ. Число послѣднихъ въ настоящее время достигаетъ 40, хотя возможно, что эта цифра меньше дѣйствительной. Изъ мѣръ, на которыхъ остановилось Ямбургское уѣздное собраніе, слѣдуетъ отмѣтить: популяризація въ населеніи свѣдѣній о проказѣ и о томъ, какъ отъ нея уберечься, съ привлеченіемъ къ дѣлу популяризаціи сельской интеллигенціи: священниковъ и т. д., изоляція больныхъ, причемъ условія изоляціи должны быть выяснены непремѣнно законодательнымъ путемъ. Борьба съ алкоголизмомъ. По мнѣнію докладчика требованіе о передачѣ дѣла борьбы съ проказой въ руки правительства—нераціонально. Она должна быть всецѣло и исключительно сосредоточена въ общественныхъ учрежденіяхъ при условіи достаточной матеріальной поддержки со стороны правительства.

П. Н. Прохоровъ (Ямбургъ): **О культурныхъ мѣрахъ борьбы съ проказой (какъ велась такая борьба въ Норвегіи и какіе результаты отъ этой борьбы получались въ экономическомъ, санитарномъ и нравственномъ отношеніяхъ).** Докладчикъ очертилъ общій характеръ борьбы съ недугами, который прак-

тикуется въ Россіи, гдѣ государство принимаетъ въ этомъ ничтожное участіе, частныя лица, иногда объединенныя въ благотворительныя общества, работаютъ разрозненно, тратятъ массу силъ на то, что такъ легко можетъ быть создано планомѣрными объединенными силами государства и общества. Въ этомъ отношеніи прекрасный примѣръ даетъ Норвегія и предпринятая ею борьба съ проказою. Изложивъ исторію борьбы съ проказою въ Норвегіи, докладчикъ заявилъ, что не считаетъ изоляцію больныхъ раціональнымъ средствомъ борьбы съ проказой. Въ центрахъ развитія проказы прежде всего слѣдуетъ начать борьбу съ алкоголизмомъ, такъ какъ въ Норвегіи вмѣстѣ съ паденіемъ числа прокаженныхъ рѣзко пало потребленіе алкоголя и преступность; это показатели общественно-экономическаго состоянія государства. Во главѣ всѣхъ принимаемыхъ противъ развитія проказы мѣръ долженъ стоять врачъ.

Въ преніяхъ Кедровскій (Москва), на основаніи своихъ опытовъ съ прививкой проказы животнымъ, подтверждаетъ справедливость положенія о заразительности проказы. Мамоновъ (Спб.) считаетъ изоляцію самымъ главнымъ средствомъ борьбы съ проказой, указываетъ на то, что въ настоящее время въ Норвегіи количество прокаженныхъ рѣзко уменьшилось, зато количество бугорчаточныхъ возросло. Стало быть, нельзя настаивать на томъ, что уменьшеніе проказы зависитъ только отъ улучшенія экономическаго состоянія. Эліасбергъ (Рига) указываетъ на то, что заразительность больного проказой не всегда стоитъ въ прямой связи съ фактомъ нахожденія или ненахожденія лепрозныхъ палочекъ. Настинъ, повидимому, хорошее средство для леченія проказы, такъ какъ во время пользованія имъ больныхъ наблюдалось уменьшеніе у нихъ числа положительныхъ результатовъ реакціи связыванія комплемента. Проф. Петерсенъ считаетъ мѣры, на которыхъ остановилась Ямбургская уѣздная земская управа, наиболѣе отвѣчающими раціональной постановкѣ дѣла. Оффиціальная борьба въ Россіи съ проказой не сосредоточена въ одномъ мѣстѣ, а дѣятели, работающіе на этомъ поприщѣ,—не объединены. Проф. Кульневъ считаетъ, что проказа не неизлечима. Лучшее средство борьбы—достаточная изоляція. Домашняя изоляція—недостаточна. Всякій прокаженный долженъ быть совершенно изъятъ изъ общежитія. Въ преніяхъ принималъ участіе Долинскій. Секціей сдѣлано слѣдующее постановленіе: 1) Признать, что проказа въ настоящее время представляетъ для Россіи народное бѣдствіе. 2) Просить правленіе Пироговскаго Общества въ ближайшемъ будущемъ созвать конференцію по проказѣ въ составѣ спеціалистовъ, завѣдующихъ лепрозоріями и общественныхъ дѣятелей. 3) Признать желательнымъ, чтобы въ основу работъ конференціи были положены, между прочимъ, постановленія Ямбургскаго уѣзднаго земскаго собранія сессіи 1909 г. 4) Признать желательнымъ, чтобы конференція выработала руководящія положенія, которыя легли бы въ основу законодательныхъ предположеній по борьбѣ съ проказой.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины и гигіены

24 апрѣля (днемъ).

Почетными предсѣдателями избраны В. Е. Игнатьевъ (Москва) и А. П. Воскресенскій (Симбирскъ), секретарями—Н. А. Ширяевъ (Харьковъ) и Н. П. Малыгинъ (Ветлуга).

Проф. М. Б. Блаубергъ (Одесса): Къ вопросу о способахъ преподаванія гигіены въ мужскихъ и женскихъ гимназіяхъ. Докладчикъ считаетъ, что преподаваніе гигіены должно быть обязательнымъ; отъ преподавателя гигіены необходимо требовать знакомства со школьной гигіеной. Курсы педагоговъ и гигіены должны дополнять другъ друга.

Преподаваніе гигіены должно вестись въ высшихъ классахъ. Преподаватель гигіены долженъ имѣть свободу и не стѣсняться узкими программами. Преподаваніе гигіены должно быть демонстративно. Гигіеническія экскурсіи не только желательны, но и необходимы. Въ программу гигіены должны входить вопросы раціональнаго питанія, физическаго развитія. Въ женскихъ гимназіяхъ нужно удѣлять широкое вниманіе искусственному вскармливанію дѣтей и уходу за новорожденными. Передъ выпускомъ нужно 2—4 мѣсяца посвящать половому вопросу. Обязанности школьнаго врача и преподавателя гигіены не должны совмѣщаться.

Проф. М. Б. Блаубергъ: О необходимости преподаванія общаго курса гигіены студентамъ историко-филологическаго, юридическаго и естественнаго факультетовъ. Этотъ курсъ особенно необходимъ для нашей молодежи. Въ него должно входить: 1) уходъ за тѣломъ, 2) діэтетика души, 3) отношеніе къ окружающей средѣ, 4) бракъ и половой вопросъ. Докладчикъ и предлагаетъ поставить этотъ вопросъ программнымъ на будущемъ съѣздѣ.

В. П. Кашкадамовъ (Спб.): Опыты преподаванія гигіены въ мужскихъ гимназіяхъ съ 1906—7 г. 1) Гигіена является такимъ же необходимымъ общеобразовательнымъ предметомъ, какъ и остальные, и поэтому должна занимать одинаковое съ ними положеніе. 2) При настоящихъ условіяхъ преподаванія гигіены (по 1 часу въ недѣлю въ 2 старшихъ классахъ) программа министерства народнаго просвѣщенія представляется очень обширной. 3) Успѣшное преподаваніе гигіены требуетъ соотвѣтствующей обстановки въ смыслѣ обезпеченія учебными пособіями, подходящаго времени для уроковъ, обязательности изученія ея всѣми учениками и преподаванія особо подготовленными лицами. 4) Было бы желательно устроить при физическомъ кабинетѣ особое отдѣленіе для различныхъ упражненій опытнаго характера по гигіенѣ. 5) Очень важно установить единообразіе въ методѣ преподаванія, для чего необходимо устраивать періодическія собранія всѣхъ преподавателей гигіены въ Петербургѣ. 6) Положеніе преподаватетей гигіены требуетъ коренного измѣненія въ смыслѣ служебномъ и матеріальномъ. 7) Преподаваніе гигіены должно быть выдѣлено изъ круга обязанностей училищнаго врача, который долженъ вѣдать исключительно лечебную часть.

Г. С. Калантаровъ (Череповецъ): Вопросы преподаванія гигіены въ средней и низшей школѣ. Докладчикъ считаетъ необходимымъ признать гигіену обязательной въ средней и низшей школѣ; въ средней школѣ необходимъ спеціальный кабинетъ для гигіены, по примѣру физическихъ и химическихъ.

В. Г. Архангельскій: Къ вопросу о преподаваніи гигіены въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ. Признавая гигіену предметомъ обязательнымъ въ средней школѣ, докладчикъ считаетъ, что курсъ индивидуальной гигіены въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ необходимо вести параллельно и въ связи съ преподаваніемъ анатоміи и фи-

зіологіи человѣческаго тѣла. Въ программу по гигіенѣ долженъ входить отдѣлъ изученія половой сферы въ смыслѣ анатомическаго устройства, функціональныхъ отправленій; также и съ этической стороны и въ соціальномъ отношеніи нужно познакомить ихъ съ половымъ вопросомъ въ размѣрахъ, доступныхъ пониманію учащихся въ послѣднихъ классахъ гимназіи (вообще среднихъ учебныхъ заведеній). Гигіену въ связи съ анатоміей и физіологіей человѣка въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ должны вести исключительно врачи, причемъ въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ—только женщины-врачи. Въ мужскихъ учебныхъ заведеніяхъ долженъ разбираться половой вопросъ. Кромѣ того, желательно ввести гигіену на высшихъ курсахъ.

А. В. Мольковъ (предсѣдатель коммиссіи). Докладъ коммиссіи по распространенію гигіеническихъ знаній: О преподаваніи гигіены въ среднихъ школахъ.

Положенія коммиссіи: 1. Преподаваніе гигіены въ средней школѣ должно отвѣчать цѣлямъ общеобразовательнымъ. 2. Оно должно быть основано на предварительномъ изученіи анатоміи и физіологіи и другихъ естественныхъ наукъ. 3. Для надлежащаго усвоенія анатоміи и физіологіи человѣка необходимо, чтобы въ предшествующихъ классахъ учащіеся были въ достаточной мѣрѣ ознакомлены съ зоологіей, анатоміей и физіологіей растеній, съ элементарными свѣдѣніями изъ бактеріологіи, съ химіей и физикой. Преподаваніе анатоміи и физіологіи человѣка (а также гигіены) должно быть отнесено къ самымъ старшимъ классамъ. 4. Систематическое преподаваніе анатоміи и физіологіи человѣка, какъ одного связаннаго цѣлаго, должно предшествовать преподаванію гигіены. 5. Преподаваніе гигіены должно сводиться къ объективному выясненію съ одной стороны вліянія основныхъ біологическихъ факторовъ окружающей среды на организмъ, а съ другой—вліянія соціальной обстановки на здоровье населенія.

Въ преніяхъ принимали участіе: Цвѣтаевъ, Деминчъ, Золотавинъ, Калантаровъ, Гавриловъ (считаетъ опаснымъ дѣлать преподаваніе гигіены обязательнымъ, въ виду связи этого обстоятельства съ отмѣтками и экзаменами, что сдѣлаетъ работу учениковъ болѣе тяжелой), Дурново (преподаваніе гигіены не желательно). Рубель, Астраханъ (преподавателемъ гигіены долженъ быть гигіенистъ), проф. Блаубергъ, Мольковъ (противъ обязательности преподаванія гигіены), Шулеръ, Виноградова-Лукирская и проф. Хлопинъ (пока преподаваніе гигіены не будетъ обязательнымъ, хорошихъ результатовъ не удастся достигнуть, гигіену долженъ преподавать тотъ самый школьный врачъ, которому, согласно инструкціи, отводится очень важная роль въ рѣшеніи обще-санитарныхъ вопросовъ).

Собраніе приняло слѣдующее постановленіе:

1. Признавая въ дѣлѣ оздоровленія населенія и уменьшенія его смертности въ Россіи однимъ изъ важныхъ факторовъ гигіеническія свѣдѣнія и сознательное отношеніе населенія къ санитарнымъ мѣропріятіямъ, секція признаетъ необходимымъ, чтобы гигіена, какъ предметъ преподаванія, занимала въ средней школѣ совершенно одинаковое правовое положеніе среди другихъ обязательныхъ предметовъ. 2. Преподаваніе гигіены въ средней школѣ должно отвѣчать цѣлямъ общеобразовательнымъ. 3. Оно должно быть основано на предварительномъ изученіи анатоміи и физіологіи и другихъ естественныхъ наукъ. 4. Преподаваніе гигіены должно сводиться къ объективному выясненію съ одной стороны вліянія основныхъ біологическихъ факторовъ окружаю-

щей среды на организмъ, а съ другой — вліянія соціальной обстановки на здоровье населенія. 5. Благодарить коммиссію по распространенію гигіеническихъ знаній за ея труды по выработкѣ программы преподаванія гигіены въ средней школѣ.

По второму докладу проф. М. Б. Блауберга секція высказала пожеланіе, чтобы этотъ вопросъ былъ переданъ въ подсекцію по реформѣ высшаго образованія. Было постановлено также благодарить проф. Г. И. Хлопина за его содѣйствіе осуществленію вопросовъ преподаванія гигіены въ русскихъ учебныхъ заведеніяхъ.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины, внутреннихъ и заразныхъ болѣзней.

24 апрѣля (вечеромъ).

Почетными предсѣдателями избраны: П. П. Крыловъ (Самара) и Н. П. Васильевскій (Баку), почетными секретарями — Е. И. Яковенко (Херсонъ) и Н. М. Никольскій (Астрахань).

Д. К. Заболотный, С. И. Златогоровъ, Кулешъ и В. И. Яковлевъ: Къ эпидеміологіи холеры. (Докладъ прочитанъ Д. К. Заболотнымъ). Изложивъ вкратцѣ ходъ холерныхъ заболѣваній въ Петербургѣ, докладчикъ передалъ исторію возникновенія систематическихъ бактеріологическихъ изслѣдованій въ первую вспышку холеры въ цѣляхъ изученія такъ назыв. холернаго хвоста. За все время было произведено изслѣдованій водопроводной воды 3505, и найдены вибріоны въ 549 случаяхъ. Несомнѣнно вода сыграла большую роль въ развитіи эпидеміи въ Петербургѣ, и здѣсь выяснилось недостаточное предохраненіе источниковъ отъ загрязненія. Но и контактный способъ имѣлъ не малое значеніе въ распространеніи эпидеміи въ столицѣ, именно путемъ холероносителей; послѣдніе были центрами, откуда распространялись холерные вибріоны: среди 9732 окружающихъ холерныхъ больныхъ найдено 571 холероносителей (при нормальномъ стулѣ). Такимъ образомъ для борьбы съ эпидеміей на очереди двѣ задачи: обезпеченіе населенія доброкачественной водой и улучшеніе условій жилья, безъ чего бациллоносители являются опаснымъ источникомъ развитія эпидеміи.

Докладъ совѣщанія петербургскихъ городскихъ санитарныхъ врачей. Врачебно-санитарная организація Петербурга въ борьбѣ съ холерой. (Докладъ прочитанъ В. П. Кашкадамовымъ). Послѣ изложенія характера существующей постоянной врачебно-санитарной организаціи Петербурга подробно передается избранный городской санитарной коммиссіей, несмотря на возраженія совѣта врачей, планъ борьбы съ холерой, осуществленіе этого плана при появленіи холерныхъ заболѣваній въ столицѣ, обнаружившіеся недочеты, разъединенность органовъ больничнаго и санитарнаго дѣла, положеніе вопроса объ улучшеніи качества питьевой воды при второй вспышкѣ холеры и т. д. Давъ подробное описаніе роли санитарной организаціи въ борьбѣ съ холерой, совѣщаніе санитарныхъ врачей выставило слѣдующія положенія:

1. Постановленіе IX Пироговскаго съѣзда, указавшаго, что существующая врачебно-санитарная организація Петербурга не достигаетъ цѣлей оздоровленія города и нуждается въ коренномъ пересмотрѣ, остается въ силѣ и до настоящаго времени, такъ какъ за протекшія 6 лѣтъ никакихъ существенныхъ измѣненій въ организаціи врачебно-санитарнаго строя въ Петербургѣ не произошло, несмотря на количественное расширеніе этой организаціи. 2. Во время холерной эпидеміи, бывшей въ Петербургѣ въ 1908—1909 гг., съ особой яркостью выяснились всѣ недостатки существующей санитарной организаціи въ Петербургѣ, которые парализовали въ значительной степени самыя напряженныя усилія лицъ, принимавшихъ участіе въ борьбѣ съ холерой. 3. До разрѣшенія элементарныхъ вопросовъ санитарнаго благоустройства въ видѣ снабженія населенія доброкачественной питьевой водой, устройства канализаціи и хотя бы частичнаго улучшенія жилищныхъ условій огромной части населенія нельзя разсчитывать на успѣшную борьбу съ заразными болѣзнями и на значительное уменьшеніе заболѣваемости и смертности населенія. 4. При существующихъ въ Петербургѣ условіяхъ борьба съ такими болѣзнями, какъ холера и тифъ, представляется почти безнадежной, такъ какъ главнѣйшія мѣры, выдвинутыя Петербургомъ, были—дезинфекція и изоляція, которыя и не могутъ побѣдить холеры, а кромѣ того и онѣ не были примѣнены въ полной мѣрѣ. 5. Вмѣшательство Санитарной Коммиссіи въ дѣло улучшенія существующаго водоснабженія, оказавшееся столь полезнымъ, еще разъ подчеркнуло ненормальность прежняго положенія вещей, когда вопросы общесанитарнаго характера рѣшались безъ ея участія. 6. Неудовлетворительное санитарное состояніе г. Петербурга заставляетъ при борьбѣ съ холерой обращать особое вниманіе на своевременное удаленіе всѣхъ, какъ больныхъ, такъ и подозрительныхъ по холерѣ въ больницы, что, въ свою очередь, требуетъ достаточнаго количества хорошо оборудованныхъ больницъ, широкой организаціи при послѣднихъ бактеріологическихъ изслѣдованій и принятія мѣръ противъ заноса заразы сточными водами изъ больницъ. 7. Вмѣстѣ съ симъ совѣщаніе санитарныхъ врачей признаетъ реорганизацію врачебно-санитарнаго строя г. С.-Петербурга безотлагательной.

С. Л. Рашковичъ (Спб.): Статистическія данныя о заболѣваемости въ С.-Петербургѣ холерой и другими инфекціонными болѣзнями въ связи съ условіями водоснабженія. Распредѣливъ данныя о заболѣваемости брюшнымъ тифомъ въ Петербургѣ по извѣстнымъ періодамъ, сообразно измѣнявшимся условіямъ водоснабженія столицы, докладчикъ отмѣтилъ, что устройство песчаныхъ фильтровъ и снабженіе незарѣчныхъ частей города фильтрованной водой отразилось крайне неблагопріятно въ смыслѣ значительнаго уменьшенія заболѣваемости и смертности брюшнымъ тифомъ въ незарѣчныхъ частяхъ, въ особенности въ первые годы введенія фильтраціи. И всегда отмѣчается то явленіе, что съ улучшеніемъ условій фильтраціи смертность отъ брюшного тифа рѣзко повы-

шается въ зарѣчныхъ частяхъ съ нефильтрованной водой по сравненію съ таковой въ незарѣчныхъ частяхъ, снабжаемыхъ фильтрованной водой. По отношенію къ холерѣ 1892—1895 гг. оказывается, что зарѣчныя части, снабжаемыя нефильтрованной водой, дали большую заболѣваемость, чѣмъ незарѣчныя части съ мало обезпеченнымъ населеніемъ, снабжаемыя фильтрованной водой. Въ послѣднюю эпидемію, наоборотъ, незарѣчныя части съ мало обезпеченнымъ населеніемъ, снабжаемыя якобы фильтрованной водой, дали значительно большую заболѣваемость холерой, чѣмъ зарѣчныя части, снабжаемыя нефильтрованной водой.

В. П. Успенскій: Холера въ Москвѣ въ 1908—1909 гг. и мѣры борьбы съ нею. Москва пережила два періода холеры: спорадическій съ августа по ноябрь, когда было 35 случаевъ, не было очаговъ заразы (только въ двухъ случаяхъ было повторное заболѣваніе въ той же квартирѣ), и очаговый, начавшійся въ половинѣ ноября 1909 г. на Хитровомъ рынкѣ и давшій въ 6 недѣль 261 заболѣваніе. Почему въ первый періодъ не произошла въ Москвѣ вспышка—объясняется различно: большую роль сыграли водоснабженіе и канализація, но не надо забывать, что окраины, гдѣ была часть заболѣваній, пользуются и недоброкачественной водой, и не канализованы; затѣмъ извѣстное значеніе приписывается своевременнымъ санитарнымъ мѣрамъ; нѣкоторые объясняютъ это высотой стоянія почвенныхъ водъ, другіе условіями климатическаго характера, такъ какъ эпидеміи холеры не было и во всей Московской губ. Второй періодъ начался въ опредѣленномъ мѣстѣ; въ ночлежкахъ Хитрова рынка вначалѣ заболѣвали только женщины; только 42 случая были изъ другихъ частей города. Какъ выяснилось, источникомъ зараженія явились склады тряпья, разборомъ которыхъ занимались женщины Хитрова рынка; заболѣванія у первыхъ больныхъ были легкія и потому не привлекали къ себѣ вниманія; создалось много холероносителей и последовательно много очаговъ. Эпидемія имѣла чисто контактный характеръ; изслѣдованія пробъ воды не дали холерныхъ вибріоновъ. Общесанитарныя мѣры (безплатная баня, безплатный ночлегъ, горячая пища) имѣли въ связи съ мѣрами своевременной изоляціи и дезинфекціи огромное значеніе въ прекращеніи вспышки. Московская вспышка является новымъ предупрежденіемъ городскимъ управленіямъ: кромѣ водоснабженія и канализаціи необходимо въ борьбѣ съ инфекціонными болѣзнями удѣлить большое вниманіе и жилищному вопросу.

Губертъ (Спб.), какъ предсѣдатель Петербургской Санитарной Коммиссіи, вкратцѣ изложилъ тѣ мѣры, которыя въ послѣднее время принимаются Петербургской Городской Санитарной Коммиссіей въ борьбѣ съ холерой, но нельзя отрицать того, что сама эпидеміологія холеры остается туманной: играютъ роль и вода и контактъ, и метеріологическія условія, и личная воспріимчивость. Основнымъ тезисомъ остается распространеніе гигіеническихъ свѣдѣній и самодѣятельность населенія. Въ борьбѣ съ недоброкачественной водой въ Петербургѣ широко примѣнена система передвижныхъ кипятильниковъ съ безплатной раздачей чая и сахара. Капель (Москва), давъ общую характеристику неудовлетворительнаго состоянія врачебно-санитарной организаціи Москвы, причину этого видитъ въ отсутствіи коллегіальности въ управленіи медицинскимъ дѣломъ, въ игнорированіи голоса врачей, вынужденныхъ подчиняться требованіямъ городской управы. Совѣща-

тельныя коммиссіи, работающія при городской управѣ (коммиссія больничныхъ врачей, санитарныхъ и др.), не обладаютъ правомъ иниціативы и ограничиваются обсужденіемъ различныхъ хозяйственно-административныхъ мелочей. Въ городскомъ врачебномъ совѣтѣ—высшемъ совѣщательномъ органѣ при управѣ—большинство членовъ не по выбору, а по должности, онъ также не обладаетъ правомъ иниціативы. Въ хозяйственномъ распорядкѣ различныхъ медицинскихъ учрежденій царитъ полный хаосъ. Никакого плана, никакой руководящей идеи не видно. Нельзя ждать при теперешнихъ порядкахъ никакого улучшенія медицинскаго дѣла. Мертвечина, преклоненіе предъ бумажной формой заслонила и заѣла живое дѣло. Москва заставляетъ часто вспоминать о времени приказовъ и думать, что она оставила неизгладимую печать на городской медицинѣ. Бурчакъ (Кіевъ) въ качествѣ предсѣдателя санитарной коммиссіи въ Кіевѣ излагаетъ исторію холерной вспышки въ Кіевѣ въ 1907, 1908 и 1909 гг. Эпидемія носила преимущественно водный характеръ въ первый годъ своего существованія и дала съ 22 сентября по 9 декабря 1720 случаевъ. Тогда были устроены артезіанскіе колодцы, и когда съ 14 по 15 августа 1908 г. были найдены у больной холерные вибріоны, были немедленно закрыты сосуны, и съ августа по декабрь было всего 128 холерныхъ больныхъ при 4000 подозрительныхъ по холерѣ. Въ 1909 г. въ то же время при тѣхъ же условіяхъ—76 заболѣваній. Въ Кіевѣ работало 32 санитарныхъ отряда. Зарембо (Витебскъ) привелъ данныя о холерныхъ заболѣваніяхъ въ Витебской губ., гдѣ пострадали всѣ селенія, прилегавшія къ Двинѣ, и остались пощаженными болѣе далеко расположенныя. Бердниковъ (фортъ Александра III) интересовался, былъ-ли параллелизмъ между количествомъ вибріоновъ въ сточныхъ водахъ и питьевой водѣ, встрѣчались-ли холероподобные вибріоны въ сточныхъ водахъ. Гавриловъ (Самара) обратилъ вниманіе на зимнюю вспышку холеры въ Москвѣ. Дорфъ (Баку) отмѣтилъ, что въ преніяхъ умалчивается о томъ, какъ ведется борьба съ холерой санитарно-исполнительными коммиссіями при помощи экстренныхъ мѣръ, затраты безплодной огромныхъ денегъ. Не мѣшало бы XI съѣзду повторить то, о чемъ говорилось на холерномъ съѣздѣ, ибо положеніе не измѣнилось. Гранъ (Спб.) предложилъ слѣдующую резолюцію, принятую собраніемъ:

1) Послѣдняя пандемія холеры въ Россіи своимъ появленіемъ, условіями и характеромъ своего развитія свидѣтельствуютъ, что Россія, и прежде всего ея столица, Петербургъ, по своему санитарному состоянію находится въ вопіющихъ условіяхъ, каковыя для Западной Европы нынѣ являются уже положеніемъ далекаго прошлаго. 2) Богатый эпидеміологическій и санитарно-бактеріологическій матеріалъ послѣдней пандеміи и заслушанныхъ докладовъ устанавливаетъ, что въ основѣ всѣхъ мѣропріятій по борьбѣ съ холерой должны лежать прежде всего широкія, обще-оздоровительныя мѣропріятія, какъ-то: водоснабженіе, канализація, улучшеніе жилищныхъ условій и питанія населенія и проч. 3) Успѣхъ всѣхъ мѣропріятій по борьбѣ съ холерой прежде всего зависитъ отъ свободной и широкой самодѣятельности населенія во главѣ съ самоуправленіями, освобожденными отъ административной опеки. 4) Постановленіе IX Пироговскаго съѣзда, указавшаго, что существующая врачебно-санитарная организація Петербурга не достигаетъ цѣлей оздоровленія города и нуждается въ коренномъ пересмотрѣ, остается въ полной силѣ и въ настоящее время.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины, заразныхъ и дѣтскихъ болѣзней, по борьбѣ со скарлатиной.

25 апрѣля (днемъ).

Почетными предсѣдателями избраны Н. М. Берестневъ (Москва) и П. Ф. Кудрявцевъ (Вологда).

Н. И. Тезяковъ (Саратовъ): Итоги антискарлатинныхъ прививокъ по Габричевскому въ Саратовской губ. Докладчикъ дѣлалъ прививку въ 86 селеніяхъ, привито 15.376 дѣтей, прививки были

однократныя, двукратныя; и самыми дѣйствительными оказались трехкратныя, при нихъ реакція, заболѣваемость и смертность были слабѣе. Прививка оказалась болѣе дѣйствительной тамъ, гдѣ примѣнялась до появленія эпидеміи или во время ея угасанія; тамъ, гдѣ прививки примѣнялись широко, эпидемія мѣняла свою кривую и не достигала обычной силы. Прочный иммунитетъ устанавливается въ послѣдующія 5—6 недѣль, все-таки вопросъ объ его стойкости и продолжительности остается открытымъ: необходимо, чтобы коммиссія, имѣющаяся при правленіи Пироговскаго Общества, объединила работы по массовой антискарлатиной вакцинаціи.

А. Я. Тетеро (Вологда): Предохранительныя противоскарлатинныя прививки вакцины проф. Габричевскаго въ Вологдѣ. Прививка сдѣлана 1454 лицамъ; по мнѣнію докладчика, она безвредна и даетъ личный иммунитетъ, продолжительность котораго еще не выяснена, но несомнѣнно на время данной эпидеміи. Повторныя прививки даютъ лучшіе результаты, но не исключаютъ возможности заболѣваній въ такой же степени, какъ разъ перенесенная болѣзнь. Домовыя эпидеміи и таковая въ интернатахъ путемъ прививки несомнѣнно устраняются. Если прививка совпадаетъ съ періодамъ инкубаціи, то періодъ этотъ сокращается и теченіе болѣзни идетъ мягче. Случаи сильной реакціи при прививкѣ докладчикъ объясняетъ большой воспріимчивостью этихъ лицъ въ скарлатинѣ. Массовая вакцинація есть пока единственный, дѣйствительный способъ борьбы со скарлатиной, но примѣняться долженъ только во время эпидеміи.

М. А. Невядомскій (Московская губ.): Отрицательныя стороны постановки массовыхъ прививокъ по способу Габричевскаго. До сихъ поръ борьба съ скарлатиной была безплодна, а потому появленіе новыхъ перспективъ, которыя имѣются въ массовыхъ прививкахъ, должно фиксировать вниманіе врачей. Нужно пожалѣть о томъ, что собранный по этому вопросу матеріалъ не даетъ отвѣта на острый вопросъ: есть-ли вакцинація по Габричевскому дѣйствительный способъ борьбы? Правда, въ имѣющихся статистическихъ данныхъ есть ободряющіе моменты, но самымъ даннымъ вѣрить нельзя, пока они не будутъ вестись научно, точно, не будутъ провѣрены въ лабораторіяхъ. Нужно приложить много труда для научной постановки, такъ какъ приходится считаться съ недостатками самаго метода, т. е. съ неопредѣленностью силы вакцины, съ неудобствами практическаго примѣненія, какъ необходимость троекратной прививки и съ разнообразіемъ эпидемій скарлатины. Постановка зависитъ также отъ количества и качества эпидемическихъ отрядовъ. Особенное вниманіе должно быть обращено на эпидеміологію, каждая губернія и каждое село должны имѣть свой анамнезъ, нужно доказать, что закономѣрность въ проявленіи эпидеміи нарушается путемъ массовыхъ вакцинацій. Заключенія докладчика были приняты какъ резолюція секціи и будутъ приведены ниже.

А. А. Кисель (Москва): О желательной постановкѣ наблюденій надъ прививками противъ скарлатины. За отсутствіемъ докладчика прочитаны положенія доклада: 1) въ настоящее время постановка опытовъ по вопросу о значеніи предохранительной вакцинаціи противъ скарлатины не вполнѣ удовлетворительна въ научномъ отношеніи; 2) необходимо ограничиться наблюденіями только по строго выработанной программѣ, съ занесеніемъ всѣхъ данныхъ опыта на карточкѣ; 3) опыты эти не должны дѣлаться фельдшерами и студентами; очень желательна организація для этого земствами особыхъ врачебныхъ отрядовъ, или же участковые врачи, на время наблюденій, должны быть освобождены отъ обычной работы; 4) при производствѣ массовыхъ прививокъ крайне необходимо дѣлать сравненія съ ходомъ эпидеміи за прошлые годы въ данной мѣстности и съ развитіемъ скарлатины въ сосѣднихъ селеніяхъ, гдѣ не было прививокъ; 5) особенно желательны поголовныя прививки, въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ, въ большихъ городскихъ и земскихъ пріютахъ, общежитіяхъ и школахъ, гдѣ скарлатина ежегодно даетъ нѣсколько заболѣваній; 6) очень важно выяснить продолжительность невоспріимчивости, достигаемой прививками по способу Габричевскаго.

Успенскій (Москва) обращаетъ вниманіе на то, что сыворотка должна быть предварительно изслѣдуема и на основаніи каждаго изслѣдованія дозирована. Тамъ, гдѣ имѣется подозрѣніе на наличность инкубаціоннаго періода, вакцина должна быть комбинирована съ сывороткой Moser'а; научная постановка опытовъ безусловно необходима. Смидовичъ (Екатеринославъ) говоритъ, что статистика Тезякова его ни въ чемъ не убѣждаетъ, отсутствуютъ параллельныя данныя, не указанъ точно возрастъ и т. д.; 20% смертности цифра колоссальная. Съѣздъ долженъ высказаться за безцѣльность вакцинаціи въ томъ видѣ, какъ она ведется въ земствахъ. Мейергофъ находитъ аналогію въ судьбѣ скарлатинной вакцинаціи съ таковой и оспенной, и въ послѣдней начальные опыты не давали желанныхъ результатовъ, все-таки она прошла въ жизнь. И потому онъ предлагаетъ не развѣнчивать то единственное, что имѣется въ рукахъ земскаго врача для борьбы съ дѣтскимъ бичемъ, но сдѣлать все возможное для научной постановки дѣла. Матросовичъ (Саратовская губ.) думаетъ, что, пока не извѣстно, что такое сама скарлатина и что такое вакцина, нельзя предлагать широкаго примѣненія массовыхъ прививокъ. Златогоровъ (Спб.) находитъ, что отказаться отъ метода преступно, даже допуская, что вакцина дѣйствуетъ только на стрептококкъ; конечно, долженъ быть единообразный методъ изученія вопроса и единой силы сыворотка. Блюменау (Спб.), на основаніи своихъ наблюденій, пришелъ къ заключенію, что больница рѣшить вопроса о массовыхъ прививкахъ не можетъ. Онъ пробовалъ изучать вопросъ въ лабораторіи опытами Райта и думаетъ, что въ вакцинѣ есть нѣчто подобное возбудителю скарлатины. Тускаевъ предлагаетъ вспомнить слова самого Габричевскаго: надо пока стремиться не къ широкой массовой прививкѣ, а къ точности въ методѣ. Проф. Соколовъ (Спб.) думаетъ, что надо строго дифференцировать матеріалъ, подлежащій прививкѣ, у иныхъ введеніе въ организмъ мертваго яда можетъ уменьшить иммунную силу и ухудшить этимъ теченіе болѣзни. Въ преніяхъ принимали еще участіе Ростовцевъ, Кудрявцевъ, Баженовъ, Чепурковъ и Клименко.

Секція сдѣлала слѣдующія постановленія:

1. Признать, что мы до сихъ поръ въ вопросахъ практическаго примѣненія метода массовыхъ вакцинацій по Габричевскому въ борьбѣ со скарлатиной и его теоретическаго и лабораторнаго изученія все еще продолжаемъ находиться лишь въ стадіи опыта. 2. Принимая во вниманіе, что новый методъ открываетъ перспективы возможности раціональной борьбы, а практика нашихъ опытныхъ данныхъ представляетъ основаніе надѣяться на полученіе положительныхъ результатовъ въ борьбѣ съ ужаснымъ бичемъ дѣтскаго населенія, общественнымъ санитарно-врачебнымъ организаціямъ слѣдуетъ обратить преимущественное вниманіе на самую тщательную постановку опытовъ практическаго

примѣненія вакцины. 3. Обратить вниманіе русскихъ ученыхъ и общественныхъ учрежденій на то, что вакцинальная практика въ настоящій моментъ тормозится, благодаря недостаточности теоретическаго и лабораторнаго изученія ряда вопросовъ, связанныхъ съ новымъ методомъ, въ скорѣйшей всесторонней разработкѣ котораго такъ заинтересована страна, русская наука и общественная медицина. 4. Признать, что опредѣленные и положительные выводы о вліяніи массовыхъ вакцинацій въ борьбѣ со скарлатиной должны базироваться на почвѣ объективныхъ данныхъ эпидеміологіи, что настоятельно необходимо точное и детальное изученіе и анализъ богатѣйшаго и единственнаго въ своемъ родѣ матеріала русской общественной медицинской статистики болѣзненности населенія. 5. Необходимо, чтобы имѣющаяся при правленіи Пироговскаго Общества коммиссія по изученію противострептококковой (антискарлатинной) вакцины объединила пока разрозненную работу общественной медицины по производству опытовъ массоваго примѣненія вакцины.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины, акушерства, хирургіи, внутреннихъ болѣзней.

25 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Д. С. Щепкинъ.

Т. О. Шабадъ (Вильна): «Искусственный выкидышъ съ принципіальной точки зрѣнія». Докладчикъ указываетъ, на то, что ни въ новомъ, ни въ старомъ уложеніи ничего не сказано о ненаказуемости выкидыша, совершаемаго по научнымъ показаніямъ. Строго говоря, уложеніе никогда не разрѣшаетъ выкидыша, только если онъ совершенъ для спасенія жизни беременной. Возникаетъ такимъ образомъ вопросъ, достаточно-ли этого указанія въ законѣ и не должны-ли быть расширены показанія къ искусственному выкидышу. Несомнѣнно многія болѣзненныя состоянія, какъ, напр., туберкулезъ, значительно ухудшаются беременностью (въ 6% по Kaminer'у) — и эта опасность, равно какъ и болѣе отдаленная опасность для здоровья не предусмотрѣна закономъ. Мало указанія въ законѣ, что выкидышъ разрѣшается лишь для спасенія жизни матери, нужно еще, чтобы было указано, что онъ не наказуемъ и тогда, если онъ произведенъ для сохраненія здоровья беременной. Докладчикъ подымаетъ затѣмъ вопросъ о томъ, какъ относиться къ беременности изнасилованныхъ. Грядущее материнство является для нихъ тяжелымъ бременемъ, и показаніе о разрѣшеніи выкидыша при изнасиловании также должно заключаться въ законѣ. Жизнь, конечно, не ждетъ законодательнаго разрѣшенія вопроса о выкидышѣ и отвѣчаетъ на это громаднымъ увеличеніемъ числа тайныхъ абортовъ. Одну изъ причинъ этого явленіи докладчикъ видитъ въ недостаточномъ развитіи учрежденій, заботящихся о внѣбрачныхъ дѣтяхъ, и недостаточно широкомъ распространеніи пріютовъ для беременныхъ, Главнѣйшія изъ положеній докладчика слѣдующія: 1) Цѣна жизни матери выше цѣны жизни плода. 2) Необходимо расширеніе показаній къ производству «законнаго выкидыша» включеніемъ пункта о ненаказуемости выкидыша, совершеннаго для сохраненія жизни или здоровья матери, а также въ случаяхъ изнасилованія. 3) Борьба съ преступнымъ выкидышемъ возможна лишь путемъ широкаго распространенія пріютовъ для беременныхъ и ихъ дѣтей, устраиваемыхъ на государственный и общественный счетъ.

Рылло (Ростовъ) считаетъ, что пренія по этому вопросу не приведутъ къ практическому результату и что цѣлесообразнѣе было бы передать положенія докладчика въ особую коммиссію, которая бы выработала на основаніи ихъ докладъ и представила бы послѣдній будущему съѣзду. Раппепортъ (Николаевъ) присоединяетъ еще желательность анкеты по этому вопросу среди медицинскихъ обществъ и организацій. Проф. Неселовъ (Кіевъ) не считаетъ нужнымъ расширять показанія къ производству законнаго выкидыша, находя достаточными существующія въ законѣ нормы. Бродскій (Москва) обращаетъ вниманіе на то, что, съ одной стороны, государство запрещаетъ выкидыши, съ другой стороны, съ каждымъ годомъ уменьшается число оффиціальныхъ браковъ, ростетъ внѣбрачная рождаемость и число тайныхъ выкидышей, влекущихъ нерѣдко септическое зараженіе и другія печальныя послѣдствія. Бродскій утверждаетъ, что если бы произвести анкету среди акушеровъ-гинекологовъ, то оказалось бы, что 95—97% ихъ занимается производствомъ выкидышей (протесты собранія); при этомъ онъ отмѣчаетъ, что главный контингентъ выкидышей приходится на состоятельные классы, могущіе оплатить эту операцію, между тѣмъ какъ женщины, не обезпеченныя въ матеріальномъ отношеніи, не могутъ произвести выкидыша, даже если это необходимо для сохраненія ихъ здоровья. Проф. Строгановъ (Спб.) сообщаетъ свѣдѣнія о ростѣ количества выкидышей, наблюдаемыхъ на матеріалѣ Повивально-Гинекологическаго Института. По собраннымъ д-ромъ Якобсономъ даннымъ въ 1904 году 1 выкидышъ приходился на 12 родовъ, въ 1905 г. 1 на 10 родовъ, въ 1906 г. 1 на 8,9 родовъ, въ 1907 г. 1 на 8,15, а въ настоящее время выкидыши составляютъ 12,27% родовъ. Часто наблюдались очень тяжелыя послѣдствія тайнаго выкидыша. Современное законодательство относительно права производства выкидышей несовершенно и должно быть измѣнено и расширено. Вопросъ этотъ долженъ быть переданъ на разсмотрѣніе гинекологическихъ обществъ. Вердичевскій (Александровскъ, Екатер. губ.) указываетъ на печальное явленіе «демократизаціи» выкидышей, производящихся теперь даже въ глухихъ мѣстностяхъ, и на сильное увеличеніе числа ихъ. Левидовъ (Гдовъ, Спб. губ.) считаетъ увеличеніе абортовъ эпидеміей и полагаетъ, что въ отношеніи профилактики такой эпидеміи врачебная корпорація ничего не можетъ предпринять въ виду сложности вопроса. Современное государство, не давая массамъ возможности жить, не имѣетъ права карать за выкидышъ. Шаркевичъ (Александрія) полагаетъ, что нельзя считать жизнь матери выше жизни плода. Я. Ф. Вербовъ (Спб.) думаетъ, что обсужденіе вопроса о жизни матери и плода является излишнимъ. Никакое законодательство никогда не легализируетъ убійства зародыша. Литкенсъ-Варыпаева (Волчанскъ, Хар. губ.) отмѣчаетъ печальное явленіе ранняго развитія половой жизни среди современной учащейся молодежи (даже среди гимназистовъ и гимназистокъ) и выкидыши, практикующіеся даже и въ этой средѣ. Какушкинъ (Спб) расчленяетъ рѣшеніе вопроса о выкидышѣ: во-первыхъ, необходимо уменьшить спросъ на выкидышъ и, во-вторыхъ, уменьшить вредъ отъ выкидыша, какъ патологическаго процесса. Первое явится лишь результатомъ соціальныхъ и экономическихъ реформъ—улучшеніе правового положенія женщинъ, реформы брака (введеніе гражданскаго брака, облегченіе развода и т. д.), улучшенія положенія рабочихъ и пр. Что касается второй половины, то прежде всего необходимо изъять выкидыши изъ рукъ подпольной медицины, слѣдуетъ передать ихъ въ больницы и клиники; необходимо расширить показанія къ выкидышу—тогда уменьшится наказуемость за производство выкидыша вообще, но взамѣнъ этого придется создать наказуемость за неправильное производство выкидыша. Расширеніе показаній должно быть сдѣлано въ сторону соціальную, а потому рѣшить вопросъ должны не одни медики, но совмѣстно съ политико-экономами и криминалистами. Кромѣ того, въ преніяхъ приняли участіе Соловьевъ (Порѣчье), Каценельсонъ, Аронштамъ, Вербовъ. Собраніе приняло резолюцію, предложенную профф. Строгановымъ и Садовскимъ: признавая несовершенство современнаго законодательства, передать вопросъ на разработку и разрѣшеніе мѣстнымъ акушерскимъ обществамъ совмѣстно съ криминалистами-юристами, а затѣмъ всѣ полученныя данныя передать въ коммиссію при правленіи Пироговскаго Общества, съ тѣмъ, чтобы къ будущему съѣзду были выработаны уже опредѣленныя положенія.

Общественная медицина.

27 апрѣля (утромъ).

Почетными предсѣдателями избраны Н. К. Кондорскій (Пермь) и проф. М. Б. Блаубергъ (Одесса), почетнымъ секретаремъ—Н. А. Ширяевъ (Харьковъ).

А. П. Воскресенскій (Симбирская губ.): Аптечный вопросъ по рѣшеніямъ земскихъ уѣздныхъ врачебно-санитарныхъ совѣтовъ. Докладчикъ знакомитъ собраніе съ результатами опроса разныхъ земскихъ учрежденій 37 губерній по вопросу лекарственной помощи населенію. Большинство учрежденій высказалось за безплатный отпускъ лекарствъ земскимъ плательщикамъ и отпускъ по заготовительной цѣнѣ остальному населенію и противъ открытія вольныхъ аптекъ въ селахъ и деревняхъ, ибо этимъ поощряется самолеченіе и знахарство, причемъ знахаремъ-лечителемъ становится и самъ аптекарь. Красной нитью черезъ всѣ аптеки проходитъ пожеланіе поднятія уровня образованія фармацевтовъ.

Докладъ Общества фармацевтовъ-служащихъ: Къ вопросу о реформѣ аптечнаго строя (прочелъ Левинштейнъ). Докладъ констатируетъ, что при настоящихъ условіяхъ, когда большинство лекарствъ изготовляется на фабрикахъ, заводахъ, галеновыхъ лабораторіяхъ—аптека является учрежденіемъ для перепродажи готовыхъ препаратовъ, и аптечная монополія, имѣющая въ своей основѣ поощреніе къ открытію аптекъ (возникла при Петрѣ Великомъ въ 1701 году), въ настоящее время потеряла смыслъ. Большая половина аптекъ принадлежитъ лицамъ, перекупившимъ ихъ за громадныя подчасъ цѣны, и это обстоятельство заставляетъ аптекарей эксплоатировать служащихъ и клиентуру и вредно отражается на дѣлѣ. Контроль аптекъ одна фикція. Подготовка фармацевтовъ самая примитивная, отчего страдаетъ фармацевтическая промышленность; рынокъ наводненъ медикаментами заграничнаго изготовленія. Докладъ предлагаетъ муниципировать аптеки и передать аптеки частныхъ владѣльцевъ въ руки государства принудительнымъ путемъ.

Бакинъ (членъ Государственной Думы): О пересмотрѣ аптечнаго устава. По порученію фракціи народной свободы въ 1908—1909 году была образована коммиссія для пересмотра аптечнаго устава. Коммиссія не успѣла изготовить докладъ къ Пироговскому съѣзду и докладчикъ останавливаетъ вниманіе собранія на вопросѣ: что такое аптечная привилегія съ точки зрѣнія русскаго законодательства. Ведется упорная борьба между сторонниками и противниками аптечной привилегіи; сторонники отстаиваютъ ее и находятъ, что въ случаѣ ея уничтоженія владѣльцы аптекъ должны быть вознаграждены не только за стоимость имущества, но и за право владѣнія аптекой; противники считаютъ привилегію фикціей и находятъ достаточнымъ вознагражденіе аптекарей за имущество. Съ измѣненіемъ закона объ открытіи аптекъ и предоставленіемъ министерству внутреннихъ дѣлъ права открывать аптеки по своему усмотрѣнію привилегія фактически потеряла свою устойчивость. Аптечной привилегіи русское законодательство не знаетъ; законъ только охраняетъ безубыточность аптечнаго дѣла. Аптечная монополія подлежитъ упраздненію; общественнымъ учрежденіямъ необходимо предоставить свободу открывать аптеки явочнымъ порядкомъ. Въ основѣ реформы должно лежать стремленіе обезпечить населенію лекарственную помощь, по возможности—безплатную.

Проф. М. Б. Блаубергъ (Одесса): I. Внѣшній и внутренній обликъ аптеки недалекаго будущаго. II. О безусловной необходимости раціональнаго контроля лекарственнаго рынка. III. Къ вопросу о такъ назыв. ревизіяхъ аптекъ. Докладчикъ находитъ, что аптечное дѣло представляетъ сплошное недоразумѣніе. Хотя идеалъ медицины безлекарственное леченіе, но пока мы безъ лекарства не можемъ обойтись и отъ аптеки и качества отпускаемыхъ средствъ зависитъ реализація всѣхъ предначертаній врача у постели больного. Аптека въ настоящемъ ея видѣ не отвѣчаетъ ея задачамъ; какъ распредѣленіе лекарствъ, такъ и способъ ихъ храненія не отвѣчаютъ духу времени и требованіямъ науки. Въ аптекѣ много лишнихъ неупотребляемыхъ средствъ; отпускъ изъ разныхъ аптекъ различный. Фармакопея составлена нераціонально и даетъ просторъ фальсификаціи. Необходимо поднять уровень образованія фармацевтовъ и устраивать отдѣленія при медицинскихъ факультетахъ.

Салтыковъ (Москва) находитъ передачу аптекъ въ мѣстныя самоуправленія преждевременнымъ въ виду ожидаемыхъ реформъ. Слѣдуетъ разрѣшить отпускъ лекарствъ изъ магазиновъ при условіи, чтобы магазиномъ управляли фармацевты. Шингаревъ находитъ, что секціи трудно принимать рѣшенія по столь сложному вопросу—слѣдуетъ его передать въ особую комиссію для переработки. Мнѣніе докладчика Воскресенскаго о предоставленіи безплатной помощи только земскимъ плательщикамъ ораторъ находитъ неправильнымъ, ибо этимъ будетъ устранено громадное количество больныхъ—особенно пришлыхъ. Проф. Гинсбургъ находитъ, что въ обсужденіе вопроса о фармацевтахъ вносится много индивидуальнаго, чисто личнаго. Съ уничтоженіемъ регламентаціи аптекъ не слѣдуетъ торопиться. При свободѣ открытія аптекъ большинство аптекарей устремится въ большіе города, а села и деревни лишатся аптекъ. Креслингъ считаетъ нужнымъ поднятіе уровня образованія фармацевта и считаетъ неправыми тѣхъ врачей, которые находятъ, что отъ фармацевта, какъ исполнителя, образованія не требуется. Участвовали въ преніяхъ: Поповскій, Архангеловъ, Кшановскій, Лейбсоронъ, Тирмелтау и Фрейерманъ.

Собраніе приняло слѣдующую резолюцію:

Имѣя въ виду то несомнѣнно важное значеніе, которое имѣетъ для цѣлей охраненія народнаго здравія подача раціональной, общедоступной и безплатной лекарственной помощи, секція передастъ вопросъ о всестороннемъ разсмотрѣніи аптечнаго вопроса въ имѣющую образоваться при Пироговскомъ Обществѣ коммиссію для изысканія вѣрныхъ путей къ возможно быстрому устраненію существующихъ недочетовъ въ постановкѣ аптечнаго дѣла, на основаніи заслушанныхъ докладовъ и бывшихъ по нимъ преній.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины, гигіены, заразныхъ и дѣтскихъ болѣзней, по дѣтской смертности.

27 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Т. П. Шверинъ (Смоленскъ), товарищемъ предсѣдателя—прив.-доц. Д. Е. Гороховъ (Москва) и Л. В. Карташевъ (Армавиръ, Кубанск. обл.).

А. А. Владыкинъ (Спб.): Задачи борьбы съ дѣтской смертностью. Докладчикъ, указывая на плохую постановку научнаго обслѣдованія вопроса о дѣтской смертности въ Россіи, предлагаетъ принять постановленіе о необходимости общегосударственныхъ мѣръ, направленныхъ противъ этого чрезвычайнаго зла. Настоятельно необходимо увеличить

количество дѣтскихъ больницъ и учредить каѳедру педіатріи при всѣхъ университетахъ. Желательно въ цѣляхъ систематическаго изученія вопросовъ, связанныхъ съ дѣтской смертностью, учрежденіе спеціальнаго института на подобіе Kaiser-August-Victoria-Haus и организація постоянной коммиссіи по тому же вопросу при правленіи Пироговскаго Общества.

В. М. Ивановъ (Таганрогъ): «Капля молока» какъ средство борьбы съ дѣтской заболѣваемостью и смертностью. Докладчикъ описываетъ устроенную въ Таганрогѣ «Каплю молока» наподобіе существующихъ въ Одессѣ, Кіевѣ и Иваново-Вознесенскѣ. Молоко выдается какъ за плату, такъ и безплатно. Въ случаѣ надобности ребенокъ получаетъ индивидуальную прибавку по Escherich'у и Biedert'у. Искусственное вскармливаніе не отражается на правильномъ увеличеніи вѣса. 58% питомцевъ принадлежатъ къ грудному возрасту. Главной причиной обращенія матерей къ «Каплѣ молока» является агалактія. Общее количество дней, проведенныхъ питомцами въ «Каплѣ молока», 8000. Смертность среди дѣтей, пользовавшихся помощью, 27%, при исключеніи инфекціонныхъ заболѣваній — 13%. Докладчикъ считаетъ искусственное вскармливаніе зломъ, оправдываемымъ современными соціально-экономическими условіями, полагаетъ, однако, что интенсивная пропаганда необходимости грудного кормленія матерями своихъ дѣтей должна занять въ ряду мѣръ борьбы съ дѣтской заболѣваемостью и смертностью первое мѣсто. Широкому распространенію «капель молока» при дѣтскихъ клиникахъ и больницахъ на фабрикахъ и заводахъ—наряду съ консультаціями докладчикъ придаетъ большое значеніе.

Д. Е. Гороховъ (Москва): О дѣятельности Московскаго Общества борьбы съ дѣтской смертностью. Докладчикъ сообщаетъ отчетъ о дѣятельности Общества за первые $1^1/_2$ года его существованія. Общество преслѣдуетъ научно-общественныя, просвѣтительныя и практическія цѣли. Оно устраиваетъ публичныя собранія, лекціи, постоянные курсы, музеи, библіотеки и выставки. Практическая дѣятельность Общества выражается въ организаціи амбулаторій по уходу за грудными дѣтьми, раздачѣ доброкачественнаго молока при родильныхъ пріютахъ, амбулаторіяхъ и школахъ, устройствѣ яслей и пріютовъ для грудныхъ младенцевъ и дѣтей старшаго возраста. Лѣтомъ Обществомъ была устроена для дѣтей колонія, куда посланы были слабыя дѣти школьнаго возраста; изъ нихъ 53% вернулось здоровыми. Для успѣшной борьбы съ дѣтской смертностью докладчикъ считаетъ необходимымъ сочетать непосредственно практическую дѣятельность съ широкой культурно-просвѣтительной.

Е. А. Скловскій (Кіевъ): «Капля молока» въ дѣлѣ борьбы съ дѣтской смертностью. Докладчикъ, указывая на ужасающую цифру дѣтской смертности въ Россіи (1.196.000 ежегодно) и значительную долю участія въ этомъ желудочно-кишечныхъ заболѣваній (355 на 1000 смертей, считаетъ одною изъ существенныхъ причинъ этого явленія не-

знакомство матерей, многихъ врачей и младшаго медицинскаго персонала съ уходомъ за дѣтьми ранняго возраста. Докладчикъ считаетъ цѣлесообразнымъ средствомъ въ дѣлѣ борьбы съ дѣтской смертностью — учрежденіе Consultation de Nourrissons по образцу французскихъ, гдѣ матерямъ даются указанія относительно правильнаго вскармливанія и ухода за грудными дѣтьми. При консультація могутъ быть учреждены «Gouttes du lait» съ безплатной или платной выдачей молока. Такого рода учрежденіе уже $3^1/_2$ г. функціонируетъ въ Кіевѣ въ вѣдѣніи докладчика и пользуется значительнымъ успѣхомъ (2197 посѣщеній съ начала функціонированія).

В. П. Жуковскій (Спб.): Ранняя дѣтская смертность по патолого-анатомическимъ и клиническимъ даннымъ. Докладъ представляетъ повтореніе доклада, читаннаго въ секціи дѣтскихъ болѣзней 22 апрѣля.

А. И. Шестакова (Спб.): Опыты искусственнаго вскармливанія грудныхъ дѣтей. При Николаевской дѣтской больницѣ уже пять лѣтъ функціонируетъ «Капля молока», организованная по иниціативѣ докладчицы. Матерямъ здѣсь выдается въ достаточномъ количествѣ хорошее стерилизованное молоко и даются совѣты относительно ухода за дѣтьми. Изъ приносимыхъ сюда дѣтей 60% тяжело больныхъ и истощенныхъ. За 4 мѣсяца этого года насчитывается уже 600 посѣщеній. Докладчица считаетъ, что «Капля молока» имѣетъ большое значеніе, оказывая не только непосредственную пользу раздачей молока, но и распространеніемъ гигіеническихъ свѣдѣній объ уходѣ за дѣтьми. Въ періодъ дѣятельности «Капли молока» докладчица наблюдала постепенное паденіе смертности. Краткая статистика: 1904 годъ $23^1/_3$%, 1905—22%, 1906—16%, 1907—$19^1/_3$%, 1908—13%, 1909—11%. Въ Петербургѣ $^1/_{30}$ дѣтей умираетъ отъ желудочно-кишечныхъ заболѣваній.

Шенгелидзе (Спб.) считаетъ необходимымъ для борьбы съ дѣтской смертностью введеніе обязательнаго освобожденія работницъ за 2 недѣли до и 4 недѣли послѣ родовъ. Должны быть организованы при фабрикахъ и заводахъ ясли и пріютъ для дѣтей; матерямъ должно быть разрѣшено отлучаться для кормленія своихъ грудныхъ дѣтей. Слѣдуетъ ввести институтъ фабричныхъ инспектрисъ. Долинскій (Спб.) считаетъ одною изъ причинъ смертности дѣтей распространеніе въ населеніи сифилиса и алкоголизма. Относительно сифилиса такого же мнѣнія и Жуковскій (Спб.). Румянцевъ (Спб.) полагаетъ, что въ «Goutte du lait» должно быть обращено главное вниманіе на совѣты о гигіеническомъ уходѣ, а не только на раздачу молока. Въ противномъ случаѣ можетъ сильно развиться искусственное кормленіе дѣтей въ ущербъ естественному. Пальмовъ (Нижній-Новгородъ) говоритъ о колоссальной смертности дѣтей въ пріютахъ для подкидышей. Такъ, напр., въ Орлѣ смертность внѣ пріюта—17%, въ пріютѣ—53%; въ Саратовѣ—34%; въ Самарѣ—42%; Курскѣ—59,5%; Пензѣ—58% и т. д. Причина этой смертности—переполненіе пріютовъ и поступленіе дѣтей въ пріютъ уже больными (около 90%). Безбокая (Кіевъ) указываетъ на необходимость позаботиться объ устройствѣ «капли молока» и яслей въ большихъ селахъ. Шабанова (Спб.) полагаетъ, что никакія мѣры борьбы съ дѣтской смертностью не поведутъ къ цѣли при современныхъ соціально-экономическихъ условіяхъ и соціальномъ неравенствѣ женщинъ. Литкенсъ-Варыпаева (Волынскъ, Харьк. губ.) сообщаетъ, что Волчанскій санитарный совѣтъ рѣшилъ устроить «молочную кухню» въ одномъ изъ селъ уѣзда. Гомолицкая (Вильна) считаетъ также одною изъ причинъ большой смертности дѣтей въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ отсутствіе правильно организованной безплатной медицинской помощи. Раппопортъ (Николаевъ) считаетъ, что здравоохраненіе покоится главнымъ образомъ на образованіи и благосостояніи на-

селенія и что въ эту сторону, главнымъ образомъ, должны быть направлены стремленія въ борьбѣ съ дѣтской смертностью. Резюмируя пренія, предсѣдатель указываетъ, что большая дорога въ борьбѣ съ дѣтской смертностью—улучшеніе соціально-экономическихъ и политическихъ условій закрыта; тропинки, ведущія къ той же цѣли, представляютъ лишь палліативы, но даже и эти палліативы могутъ быть проведены въ жизнь лишь путемъ медленнаго созиданія и напряженной работы.

Принимается резолюція, предложенная Д. Е. Гороховымъ, указывающая на необходимость тѣснаго сочетанія практической дѣятельности обществъ и учрежденій, борющихся съ дѣтской смертностью, съ культурно-просвѣтительной работой, въ видѣ устройства публичныхъ научныхъ собраній, организаціи лекцій и распространенія разнаго рода печатныхъ матеріаловъ по вопросамъ, имѣющимъ отношеніе къ дѣтской смертности. Въ тѣхъ же цѣляхъ необходимо организовать на Пироговскихъ съѣздахъ самостоятельную секцію по борьбѣ съ дѣтской смертностью, какъ это съ успѣхомъ было сдѣлано на предыдущемъ X Пироговскомъ съѣздѣ. На Пироговскихъ съѣздахъ секція по борьбѣ съ дѣтской смертностью должна устраивать выставку по отдѣлу, касающемуся охраны здоровья и воспитанія дѣтей. Поставленное на очередь проектированное Пироговскимъ Обществомъ устройство музея по борьбѣ съ дѣтской смертностью и библіотеки по тому же вопросу слѣдуетъ скорѣе осуществить. Признать необходимымъ, при ближайшемъ участіи Петербургскаго Общества дѣтскихъ врачей, организовать въ Спб. съѣздъ по борьбѣ съ дѣтской смертностью, съ приглашеніемъ государственныхъ и общественныхъ дѣятелей. Такой съѣздъ, намѣченный къ скорѣйшему осуществленію еще IX Пироговскимъ съѣздомъ, могъ бы быть пріуроченъ къ съѣзду общественныхъ дѣятелей, организація котораго предназначается во время предстоящей (черезъ 2 года) выставки по народному здравію въ Петербургѣ. Въ дополненіе къ этому приняты еще слѣдующіе пункты: 1) Въ виду того, что ранняя дѣтская смертность громадна и что въ ней играютъ роль сифилисъ, уродства и разнообразныя дѣтскія болѣзни, а также незнакомство повивальныхъ бабокъ съ этими болѣзнями, секція признаетъ обязательнымъ введеніе курса дѣтскихъ болѣзней въ повивальные институты и леченіе дѣтей, новорожденныхъ въ родильныхъ домахъ, спеціалистами дѣтскихъ болѣзней наряду съ акушерами. 2) Въ частности вопросъ о судьбѣ покинутыхъ дѣтей долженъ дальше разрабатываться при Пироговскомъ Обществѣ. 3) Учрежденіе «Капли молока» и консультацій при акушерскихъ и дѣтскихъ клиникахъ должно быть обязательно, какъ способахъ обученія будущихъ врачей и ихъ помощниковъ принципамъ правильнаго вскармливанія дѣтей. Послѣдняя (3) резолюція принята для передачи въ коммиссію по реформѣ высшаго медицинскаго образованія.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины, гигіены, внутреннихъ и заразныхъ болѣзней по туберкулезу.

27 апрѣля (вечеромъ).

Почетными предсѣдателями избраны проф. И. П. Скворцовъ (Кіевъ) и В. И. Недригайловъ (Харьковъ), почетнымъ секретаремъ — М. Е. Зайцевъ (Тверь).

Е. Я. Столкиндъ (Москва): Какъ борятся съ туберкулезомъ въ западной Европѣ. Докладчикъ остановился главнымъ образомъ на системѣ борьбы съ туберкулезомъ, которая принята въ Германіи, удѣливъ въ своемъ докладѣ особое вниманіе борьбѣ съ туберкулезомъ дѣтей и такъ назыв. дѣтскимъ дневнымъ санаторіямъ, куда прини-

маются больныя дѣти въ возрастѣ отъ 6 до 14 лѣтъ и гдѣ больныхъ лечатъ, кормятъ и учатъ. Нѣсколько такихъ санаторій устроены около Берлина отдѣленіемъ Краснаго Креста. Обходятся эти санаторіи въ общемъ дешево; такъ, напр., въ санаторіи «Sadowa» въ 1907 г. было 467 мальчиковъ и дѣвочекъ, проведшихъ 25.981 день; здѣсь было 148 туберкулезныхъ, остальные малокровные, нервные и т. д. Истрачено 15.285 марокъ, каждый ребенокъ обошелся въ день около 27 коп. Въ Россіи надо устраивать санаторіи повсемѣстно; пора и Россіи вступить на путь активной борьбы съ туберкулезомъ.

Докладъ коммиссіи при правленіи Пироговскаго Общества по изученію туберкулеза въ Россіи (прочитанъ А. Н. Рубелемъ). Согласно постановленію X съѣзда была возстановлена дѣятельность постоянной коммиссіи по изученію туберкулеза. Главное вниманіе за истекшій періодъ времени было посвящено образованію всероссійской лиги для борьбы съ туберкулезомъ. 25 ноября 1909 г. уставъ лиги утвержденъ. Кромѣ этого, коммиссія выработала планъ разработки вопроса о реорганизаціи кумысолечебнаго дѣла въ Россіи и прежде всего занялась установленіемъ точныхъ данныхъ о дѣйствительномъ состояніи кумысолеченія путемъ систематическаго и подробнаго описанія всѣхъ или большинства существующихъ кумысолечебницъ и мѣстностей для кумысолеченія, условій жизни и леченія въ нихъ. Далѣе коммиссія разослала выработанную ею карту для регистраціи туберкулезныхъ больныхъ въ различныя столичныя, губернскія и уѣздныя городскія и земскія больницы съ просьбой заполнить и возвратить эти листы черезъ полгода. Наконецъ, коммиссія обращалась черезъ правленіе въ министерство путей сообщенія съ указаніемъ на неотложность выработки болѣе современныхъ мѣръ къ оздоровленію желѣзнодорожныхъ вагоновъ и на необходимость привлеченія врачей къ разработкѣ этихъ мѣропріятій. Въ настоящее время коммиссія не опредѣляетъ плана ближайшихъ работъ, пока общій планъ борьбы съ туберкулезомъ не будетъ намѣченъ во всероссійской лигѣ.

С. Ф. Унтербергеръ: Роль конституціоннаго фактора при возникновеніи чахотки и путь, указывающій на успѣшную борьбу съ нею. Докладчикъ придаетъ огромное значеніе конституціонному фактору и проводитъ свою мысль о домашнихъ санаторіяхъ.

М. Я. Безбокая (Кіевъ): Бугорчатка и золотуха у крестьянскихъ дѣтей. Золотуха крайне распространена среди крестьянскихъ дѣтей и часто переходитъ въ бугорчатку. Золотуха есть ослабленная форма бугорчатки, и возбудителемъ ея является та же Коховская палочка. Сила ядовитости бугорчатковыхъ палочекъ при золотухѣ нисколько не отличается отъ ядовитости при другихъ бугорчатковыхъ заболѣваніяхъ. Бугорчатка деревень у крестьянскихъ дѣтей, какъ и сифилисъ, локализуется преимущественно въ костной системѣ. Для предупрежденія перехода золотухи въ бугорчатку необходимо: улучшить заблаговременно питаніе грудныхъ дѣтей, открывая ясли-пріюты въ страдную

пору и «Каплю молока» круглый годъ. Улучшить питаніе учащихся народныхъ школъ путемъ предоставленія имъ безплатныхъ горячихъ завтраковъ. Необходимо государству и обществу взять на себя столь важную заботу, какъ открытіе дѣтскихъ санаторій въ климатически благопріятныхъ мѣстностяхъ для золотушныхъ дѣтей и для дѣтей, страдающихъ малокровіемъ и различными формами бугорчатки. Укрѣпившись, эти дѣти выростутъ, сдѣлаются здоровыми тружениками и возвратятъ обществу сторицей потраченныя средства на ихъ укрѣпленіе. Въ виду полной невозможности для земскаго участковаго врача осматривать періодически учащихся всѣхъ школъ, необходимо учредить должности школьныхъ земскихъ врачей, на обязанности которыхъ будетъ лежать забота о санитарномъ состояніи школъ и здоровьѣ ихъ учащихся. Необходимо учредить во всѣхъ земствахъ отдѣленія общества борьбы съ бугорчаткой.

Въ преніяхъ Владиміровъ (Спб.) сообщилъ объ организаціи всероссійской лиги борьбы съ туберкулезомъ и о начавшихся работахъ ея и не согласился съ взглядами Унтербергера на наслѣдственность, Дембо (Спб.) указалъ на то, что, такъ какъ лига только что образовалась, то совершенно неправильно прекращать работу на мѣстахъ въ ожиданіи выработки лигой общаго плана борьбы съ туберкулезомъ; наоборотъ, надо настаивать, чтобы работа коммиссіи при Пироговскомъ обществѣ не прекращалась, а продолжалась самостоятельно согласно уже намѣченной программѣ. Калантаровъ подробно остановился на вопросѣ о земскихъ школьныхъ врачахъ. Кромѣ того, въ преніяхъ приняли участіе: Ивановъ, Жуковскій, проф. Гуревичъ, Раппепортъ.

Приняты слѣдующія постановленія: 1) просить коммиссію при правленіи Пироговскаго Общества по изученію туберкулеза въ Россіи продолжать свою дѣятельность; 2) вопросъ о земскихъ школьныхъ врачахъ поставить программнымъ на XII Пироговскомъ съѣздѣ.

Земская медицина.

22 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ И. В. Шверинъ, секретарями— К. И. Іоновъ и К. Ф. Боровка.

Н. Э. Шенъ (Москва): Больничные совѣты въ земской участковой организаціи. Докладчикъ считаетъ вопросъ о больничныхъ совѣтахъ капитальнымъ вопросомъ взаимоотношеній медицинскаго персонала. Вопросъ мало разработанъ и среди земскихъ врачей нѣтъ опредѣленнаго о немъ мнѣнія; эмбріономъ совѣта является совѣщаніе земскаго врача съ его служащимъ. Сообразно росту запросовъ деревни и идейнымъ теченіямъ въ обществѣ эта примитивная форма претерпѣвала различныя измѣненія. Первый больничный совѣтъ былъ устроенъ въ московскомъ земствѣ, а въ настоящее время согласно анкетѣ существуютъ совѣщательные больничные совѣты при 21 уѣздномъ земствѣ. Фельдшерскій съѣздъ и союзъ земскихъ служащихъ, а затѣмъ и X Пироговскій съѣздъ высказались за автономные больничные совѣты, т. е. такіе, въ которыхъ весь медицинскій и служительскій персоналъ входятъ съ правомъ рѣшающаго голоса. Такъ наз. больничная автономія логически несовмѣстима съ единоличной юридической отвѣтственностью врача, съ неизбѣжностью технической іерархіи въ такомъ сложномъ дѣлѣ, какъ

общественно-медицинская организація. Раздѣленіе участковой работы на медицинскую и хозяйственную логически и практически недостижимо. Съ другой стороны совѣщательный характеръ больничнаго совѣта при конкретныхъ условіяхъ участковой жизни не лишаетъ его большого организаціоннаго значенія. Докладчикъ считаетъ, что больничный совѣтъ, какъ коллегіальный совѣщательный органъ, есть логически и исторически неизбѣжное звено принципа коллегіальности, положеннаго въ основу всей земской медиц. организаціи и что признаніе совѣщательнаго больничнаго совѣта основой каждаго земско-медицинскаго участка вполнѣ своевременно и необходимо въ интересахъ развитія земско-медицинскаго дѣла. Больничный совѣтъ долженъ быть регламентированъ инструкціей, точно опредѣляющей его строй и его отношеніе къ санитарному совѣту. Необходимымъ дополненіемъ института больничныхъ совѣтовъ является правильно организованное представительство фельдшерскаго персонала въ санитарныхъ совѣтахъ.

Въ преніяхъ Гончаровъ присоединился къ положеніямъ докладчика, Марковъ предложилъ оставить вопросъ открытымъ и искать результатовъ его разработки на первыхъ земскихъ съѣздахъ Кацъ считаетъ вопросъ вопросомъ дня и съѣздъ долженъ по немъ опредѣленно высказаться. Золотавинъ считаетъ, что нужно быть осторожнымъ съ рекомендаціей больничныхъ совѣтовъ и нельзя высказываться категорически. Больничные совѣты въ ихъ осуществленіи должны быть детализированы въ зависимости отъ величины больницъ и пр. условій. Нужно продолжать опытъ и выясненіе вопроса. Цвѣтковъ считаетъ автономные совѣты неосуществимыми при единоличной отвѣтственности врача. Воскресенскій считаетъ неосуществимыми автономные совѣты изъ-за некультурности фельдшерскаго и служительскаго персонала и находитъ нужнымъ оставить вопросъ открытымъ. Тезяковъ находитъ, что принятіе съѣздомъ совѣщательныхъ совѣтовъ внесетъ путаницу на мѣстахъ и предлагаетъ передать вопросъ въ правленіе для собиранія матеріаловъ по программѣ и внести въ будущій съѣздъ. Поповъ находитъ, что правленіе едва-ли съумѣетъ собрать свѣдѣнія, которыхъ нѣтъ, и предлагаетъ разослать докладъ въ земскія и городскія учрежденія. Менциковскій думаетъ, что разсылка доклада отъ имени Пироговскаго съѣзда произведетъ давленіе. Боровка находитъ, что нѣтъ коллегіальности тамъ, гдѣ нѣтъ равноправности. Нужно охранять служащихъ отъ деспотическаго проявленія власти. Іоновъ считаетъ, что больничные совѣты могутъ быть рекомендованы—гдѣ есть губернскіе съѣзды, губернскіе санитарные совѣты, гдѣ онъ является звеномъ другихъ учрежденій. Запольскій предлагаетъ учреждать совѣты въ видѣ опыта. Въ преніяхъ принимали участіе Еланчичъ, Вербовъ.

Секція постановила: Признавая, что больничный совѣтъ, какъ коллегіальный совѣщательный органъ, есть логически и исторически неизбѣжное завершеніе принципа коллегіальности, положенной въ основу всей земской медиц. организаціи, секція постановила высказаться за продолженіе опыта организаціи больничн. совѣтовъ по рѣшенію мѣстныхъ врачебно-санитарныхъ органовъ и за признаніе вопроса программнымъ на будущій съѣздъ.

Городская медицина.

22 апрѣля (днемъ).

Засѣданіе было открыто привѣтственными рѣчами завѣдующихъ В. О. Губерта и М. М. Грана. В. О. Губертъ очертилъ положеніе городской медицины и задачи ея ближайшаго будущаго, М. М. Гранъ ознакомилъ съ работами бюро секцій съ поступившими докладами.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. В. Корчакъ-Чепурковскій (Кіевъ), почетнымъ секретаремъ А. А. Чертовъ (Москва).

Г. И. Ростовцевъ (Рязань): Объ Обществахъ медицинской взаимопомощи. Отсутствіе правильной медико-санитарной организаціи въ городахъ ведетъ къ тому, что городское населеніе, какъ бѣдное, такъ и зажиточное вынуждено само отыскивать себѣ медицинскую помощь тамъ, гдѣ она случайно окажется. При такой постановкѣ дѣла нѣтъ гарантіи, что больной получитъ нужную врачебную помощь во время болѣзни, тѣмъ болѣе, что эта помощь создается на основѣ купли-продажи. Частная практика создаетъ ненормальныя отношенія между паціентами и врачами, вызываетъ постоянныя недоразумѣнія. Кромѣ того, условія частной врачебной практики обусловливаютъ врачебную рекламу и конкурренцію, вводящія въ заблужденіе общество и вредящія его интересамъ. Помимо этого и самое полученіе медицинской помощи при господствѣ частной врачебной практики обусловливаетъ значительную дороговизну помощи, влекущую вредное сокращеніе обращеній къ врачамъ. Выходъ изъ этого положенія докладчикъ видитъ въ организаціи, по образцу потребительскихъ обществъ, спеціальныхъ всесословныхъ обществъ взаимной помощи. Эти общества, предоставляя своимъ членамъ раціональную помощь, значительно удешевятъ леченіе, расширятъ его и, несмотря на это, дадутъ возможность членамъ расходовать на леченіе средствъ значительно меньше, чѣмъ при существующемъ положеніи дѣла. Общества медицинской взаимопомощи внесутъ благотворное вліяніе и въ среду врачей, устранивъ почву и причины для взаимныхъ пререканій, недоразумѣній, ссоръ, столь частыхъ между практикующими врачами. Конструкція обществъ медицинской взаимопомощи минимумъ состоитъ: въ организаціи безплатнаго врачебнаго совѣта въ амбулаторіи и на дому больныхъ, въ обезпеченіи безплатнаго полученія лекарствъ, въ обезпеченіи полученія родовспомогательной помощи. Въ дальнѣйшемъ общества медицинской взаимопомощи могутъ учреждать лечебницы для коечнаго пользованія, климатическихъ станцій, выдачу пособій больнымъ на леченіе, или въ случаѣ потери заработка и т. д. Докладчикъ приводитъ разсчетъ, показывающій возможность осуществленія такихъ обществъ съ финансовой точки зрѣнія, и примѣрный уставъ такого общества.

Поповъ (Курскъ) возстаетъ противъ характеристики спеціалистовъ, сдѣланныхъ въ докладѣ Ростовцева, Дембо (Спб.) считаетъ, что общества медицинской взаимопомощи по отношенію къ бѣдному населенію вторгаются въ обязанности городского управленія, по отношенію къ среднему классу никогда не будутъ имѣть успѣха, ибо этотъ мало-мальски способный къ оплатѣ врачебной помощи классъ не примирится съ «казеннымъ» врачемъ; могутъ разсчитывать на успѣхъ только профессіональныя общества этого типа. Раппопортъ (Николаевъ) также считаетъ, что принятіе положенія докладчика явится тормазомъ въ правильной организаціи дѣла городомъ. Вегеръ (Уфа) отмѣчаетъ, что нельзя говорить о городахъ вообще, надо дифференцировать, Гранъ (Спб.) указалъ, что мысль докладчика принципіально непріемлема. Василевскій (Баку) замѣтилъ, что если въ секціи городской медицины можно говорить о медицинскихъ обществахъ взаимопомощи, то только съ точки зрѣнія связи ихъ съ городскимъ управленіемъ; въ этомъ смыслѣ они являются вспомогательными учрежденіями къ городской общественной организаціи. Кромѣ того, въ преніяхъ приняли участіе: Гомолицкая (Вильно), Сумароковъ (Вильно). Принято слѣдующее постановленіе: «правильное обезпеченіе врачебной помощью населенія и прежде всего недостаточной его части должно лежать только на обязанности городского общественнаго управленія».

Л. Л. Рохлинъ (Харьковъ): Къ вопросу объ организаціи и дѣятельности врачебныхъ ночныхъ дежурствъ въ городахъ. Вопросъ о ночныхъ дежурствахъ поднимается впервые на Пироговскихъ съѣздахъ по почину Харьковскаго Общества ночныхъ дежурствъ, которое обратилось въ правленіе Пироговскаго Общества внести въ программу съѣзда этотъ вопросъ и собрать матеріалы по анкетѣ. Правленіе исполнило это, и Харьковское Общество взяло на себя разработку полученныхъ матеріаловъ. Матеріалъ обнимаетъ свѣдѣнія о 22 пунктахъ, гдѣ дежурства въ то или иное время были открыты, и свѣдѣнія о 18 пунктахъ, гдѣ проектируется открытіе этихъ учрежденій. Во многихъ пунктахъ были сдѣланы безуспѣшныя попытки въ этомъ направленіи. Существующія дежурства по организаціи своей раздѣляются на четыре категоріи: ночныя дежурства врачей при аптекахъ, дежурства врачей въ ночное время у себя по домамъ, дежурства врачей въ наемныхъ помѣщеніяхъ и дежурства врачей при городскихъ лечебницахъ. Практика показала, что населеніе наиболѣе удовлетворяютъ послѣднія двѣ формы организаціи дежурствъ; кромѣ того, дежурства, какъ частныя предпріятія, оказываются недолговѣчными. Докладчикъ привелъ въ діаграммахъ полученныя свѣдѣнія о дѣятельности дежурствъ въ Астрахани, Кіевѣ, Нижнемъ-Новгородѣ, Оренбургѣ, Петербургѣ, Саратовѣ, Томскѣ и Харьковѣ и выставилъ слѣдующія положенія, принятыя въ общемъ собраніи членовъ Общества ночныхъ дежурствъ въ Харьковѣ: 1. Слѣдуетъ признать ненормальнымъ существующее положеніе, при которомъ городское населеніе, съ одной стороны, предоставлено въ дѣлѣ заботы объ обезпеченіи его ночной врачебной помощью самому себѣ, а врачи—труженики дня, съ другой стороны, являются лишенными права воспользоваться естественнымъ отдыхомъ ночью, доступнымъ для лицъ другихъ профессій. 2. Организація населенію городовъ подачи ночной медицинской помощи составляетъ непремѣнную обязанность городскихъ управленій, призванныхъ заботиться объ удовлетвореніи потребности населенія во всѣхъ видахъ медицинской помощи. 3. На обязанности городскихъ управленій при организаціи пунктовъ ночныхъ врачебныхъ дежурствъ должно лежать оборудованіе ихъ согласно требованіямъ современной науки надлежащими перевязочными, перевозочными и другими средствами спасанія, содержаніе этихъ пунктовъ за счетъ своего бюджета и сосредоточеніе контроля надъ ихъ дѣятельностью въ своемъ вѣдѣніи (или въ вѣдѣніи городского санитарнаго надзора). 4. При невозможности организаціи въ данныхъ размѣрахъ доступной для населенія ночной врачебной помощи городскія управленія должны оказывать самую широкую поддержку проявленію въ этомъ дѣлѣ частной или общественной иниціативы. 5. Слѣдуетъ признать желательнымъ широкое распространеніе свѣдѣній объ организаціи и дѣятельности дежурствъ разныхъ городовъ въ печати, а равно и болѣе тѣсное общеніе существующихъ организацій между собой въ видахъ облегченія возможности сравнительнаго изученія постановки въ ихъ дѣлѣ. Обществу русскихъ врачей въ память

Н. И. Пирогова слѣдовало бы взять на себя починъ этого объединенія путемъ учрежденія при Обществѣ постоянной коммиссія по выполненію задачи. 6. Ночныя дежурства врачей, представляя одинъ изъ видовъ врачебной помощи, должны быть привлечены къ обязательному участію въ дѣятельности Всероссійскаго союза учрежденій по спасанію.

Въ преніяхъ Никольскій (Астрахань), Рапипортъ (Николаевъ) стояли на той точкѣ зрѣнія, что обезпеченіе медицинской помощью и днемъ, и ночью должно исходить отъ городскихъ управленій. Васильевскій (Баку) указывалъ, что такими рѣшеніями губятъ всякую иниціативу, всякую самодѣятельность; какъ вспомогательныя учрежденія въ извѣстной связи съ городскимъ управленіемъ они могутъ существовать. Исполатовъ (Новороссійскъ) считаетъ, что организація ночныхъ дежурствъ есть дѣло солидарности врачей, желающихъ обезпечить себѣ ночной отдыхъ; при существованіи закона объ обязательствѣ врача являться къ больному врачи—рабы населенія, и никто не озаботится обезпечить ему право на ночной покой. Зарембо (Витебскъ) указываетъ, что въ Витебскѣ вся организація ночныхъ дежурствъ стоитъ всего 1300 руб. Дорфъ (Баку) считаетъ, что новой организаціи не надо: тѣ, которые подаютъ помощь днемъ, должны подавать и ночью; можетъ быть только рѣчь о расширеніи этой организаціи. Марголинъ (Спб.), наоборотъ, находитъ, что съ точки зрѣнія цѣлесообразности правильнѣе отдѣльный институтъ городскихъ врачей. Въ заключеніе собраніе, признавъ, что организація ночной врачебной помощи является настоятельно необходимой, постановило поручить правленію разослать положенія доклада Харьковскаго Общества ночныхъ дежурствъ въ медицинскія общества, городскія и земскія управленія и общества ночныхъ дежурствъ, и поставленный вопросъ включить въ число вопросовъ намѣчаемаго совѣщанія санитарныхъ врачей (городскихъ и земскихъ) при правленіи Пироговскаго Общества.

Подсекція фабрично-заводской медицины.

22 апрѣля (утромъ).

Завѣдующій секціей Д. П. Никольскій въ своей привѣтственной рѣчи далъ историческія указанія относительно возникновенія секціи фабрично-заводской медицины на Пироговскомъ съѣздѣ и указалъ на главнѣйшіе вопросы, стоящіе передъ секціей, именно: организація санитарной и медицинской помощи на фабрикахъ и заводахъ и вопросы, касающіеся экспертизы рабочихъ при пріемѣ на фабрики и заводы.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ И. Д. Астраханъ (Москва), въ своей рѣчи коснувшійся многочисленныхъ препятствій, мѣшающихъ фабричному врачу проявить свою дѣятельность съ положительной стороны.

Секцію привѣтствуютъ общество врачей промышленныхъ предпріятій Екатеринославской губерніи и общество Московскихъ фабрично-заводскихъ врачей.

П. Д. Дондаровъ (Баку): Несчастные случаи въ Бакинской нефтяной промышленности по матеріаламъ бюро для освидѣтельствованія увѣчныхъ рабочихъ за первый годъ его существованія (1908—1909 гг.). Матеріалы, предоставленные бюро, конечно, неполны, такъ какъ далеко не всѣ пострадавшіе рабочіе обращались въ бюро. Плата за освидѣтельствованіе отъ 5—10 р. 10% всѣхъ случаевъ составляетъ общая утрата трудоспособности. По національностямъ большій процентъ пострадавшихъ, 27,7% общаго числа, падаетъ на русскихъ, что объясняется алкоголизмомъ русскихъ рабочихъ. Распредѣленіе увѣчныхъ рабочихъ по грамотности — 35% грамот-

ныхъ. Распредѣленіе увѣчныхъ по профессіи — 28% чернорабочихъ. Надо принять во вниманіе, что значительная часть мастеровыхъ не подвергается освидѣтельствованію бюро. Какъ на причины несчастныхъ случаевъ докладчикъ указываетъ на отсутствіе огражденій, безграмотность и малоопытность рабочихъ, неподготовленность мастеровъ и, наконецъ, утомленіе. Въ часы смѣны, т. е. въ послѣдніе часы работы—наибольшее число несчастныхъ случаевъ. Что касается медицинской помощи, то докладчикъ указываетъ на отсутствіе достаточнаго числа кроватей въ больницахъ, почему большинство увѣчныхъ, въ ущербъ здоровью, лечится амбулаторно. Тѣ же, которые лечатся въ больницахъ, за недостаткомъ мѣстъ выписываются преждевременно, почему леченіе не доводится до конца. Какъ на послѣдовательныя заболѣванія докладчикъ указываетъ на травматическій неврозъ, болѣе всего распространенный среди русскихъ рабочихъ. Тяжелый трудъ и переноска тяжестей способствуютъ разслабленію брюшныхъ стѣнокъ и подготовляють образованіе грыжъ. По мнѣнію докладчика, грыжи не слѣдуетъ разсматривать, какъ послѣдствіе несчастнаго случая, но зато существованіе грыжи не должно препятствовать пріему на фабрику. Что касается вознагражденія при потерѣ трудоспособности, то докладчикъ высказывается за единовременное пособіе предпочтительно передъ пожизненной пенсіей. Незначительная пожизненная пенсія не даетъ еще возможности рабочему обезпечить свое существованіе, тогда какъ единовременное пособіе даетъ возможность устроиться въ какомъ-нибудь дѣлѣ, заняться торговлей и т. п. Наконецъ при единовременномъ пособіи пострадавшій можетъ скорѣе заняться леченіемъ, рѣшиться на операцію и т. п. Въ цѣляхъ уменьшенія числа несчастныхъ случаевъ докладчикъ предлагаетъ слѣдующія мѣры: 1) огражденіе опасныхъ частей машинъ, замѣна ручной переноски тяжестей механической, техническое усовершенствованіе нѣкоторыхъ работъ; 2) подъемъ уровня культурнаго развитія и технической подготовки промыслово-заводскихъ рабочихъ и старшихъ служащихъ; 3) замѣна существующей системы смѣнъ (двѣ смѣны по 12 ч. и 3 смѣны по 8 ч.) системой четырехъ смѣнъ по 6 ч., сокращеніе рабочаго дня до 8 ч., удлиненіе обѣденнаго перерыва съ 1½ ч. до 2 ч. и отмѣна сверхъурочныхъ работъ для односмѣнныхъ рабочихъ; далѣе, чтобы облегчить и устранить тяжелыя послѣдствія несчастныхъ случаевъ, предлагается 4) увеличеніе больничной помощи взамѣнъ практикуемой теперь амбулаторной. Въ виду необезпеченности иностранныхъ подданныхъ,—въ частности персовъ въ случаяхъ увѣчья, 5) необходимо распространеніе отвѣтственности предпринимателей и на эту категорію рабочихъ; 6) исчисленіе вознагражденія не изъ ⅔ заработка и не за 260 дней, какъ это дѣлается по закону 2 іюня 1903 г., а изъ полнаго заработка и за среднее число рабочихъ дней въ нефтяной промышленности (345); 7) отмѣна пенсіи и установленіе обязательной единовременной выдачи капитала, равнаго пенсіи за 10 лѣтъ, по крайней мѣрѣ въ случаяхъ потери трудоспособности до 20%; 8) отмѣна установленной

совѣтомъ съѣзда платы въ 10 р. за освидѣтельствованіе увѣчныхъ нефтепромышленныхъ рабочихъ и отнесеніе расходовъ по содержанію бюро на средства общаго фонда нефтепромышленниковъ; 9) бюро для освидѣтельствованія увѣчныхъ, въ качествѣ выборной организаціи обѣихъ заинтересованныхъ сторонъ, содѣйствуетъ мирному и скорому ихъ соглашенію; поэтому желательно учрежденіе подобныхъ организацій во всѣхъ крупныхъ центрахъ промышленности.

Н. Н. Рубель (Шлиссельбургъ): Данныя о примѣненіи закона 2 іюня 1903 г. Подсекція фабрично-заводской медицины, въ цѣляхъ представленія съѣзду матеріала по вопросу о примѣненіи закона 2-го іюня 1903 года, обратилась за матеріаломъ къ фабричнымъ врачамъ. Хотя количество отвѣтовъ очень незначительно, полученные отвѣты не однородны и субъективны, тѣмъ не менѣе докладчикъ пытается использовать эти данныя. Общее число отвѣтовъ обнимаетъ до 20.000 рабочихъ Шлиссельбургской ситцевой фабрики, ткацкой и красильной фабрикъ, Донецко-Юрьевскаго металлическаго завода и др. Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что число регистрируемыхъ при общемъ увеличеніи травматизма на заводахъ каждый годъ падаетъ. Въ 1904 г. — 70%, въ 1905 г. — 55%, 1906 — 38%, 1907 — 33%, 1908 — 28%, 1909 — 12,8%. Эти данныя говорятъ за незначительное обращеніе рабочихъ къ благодѣтельности закона 2-го іюня 1903 г. Регистрируются только тѣ случаи, которые доносятся фабричной инспекціи. Рѣдкое обращеніе объясняется страхомъ лишиться мѣста, получивъ минимальное вознагражденіе. Соглашеніе съ фабрикантомъ имѣетъ мѣсто только тогда, когда вознагражденіе ничтожно, въ случаяхъ же, гдѣ требуется крупное вознагражденіе, обыкновенно начинаются взаимныя пререканія, причемъ роль фабричнаго врача очень печальна. Вообще на основаніи опроса фабричныхъ врачей о примѣненіи закона 2 іюня 1903 г. можно придти къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Статьи 26 и 28 правилъ 2 іюня 1903 г. оставляютъ экспертизу въ однѣхъ рукахъ, причемъ, очевидно для безпристрастія, предоставляютъ право обѣимъ сторонамъ приглашать уѣздныхъ, городовыхъ и полицейскихъ врачей, затрудняя образованіе коллегіальной экспертизы. 2) Принимая во вниманіе, что ликвидація несчастныхъ случаевъ въ громадномъ большинствѣ происходитъ согласно статьѣ 31 правилъ 1903 г., въ видѣ мирнаго соглашенія, нужно признать, что экспертиза находится въ рукахъ малокомпетентныхъ и зависящихъ отъ предпринимателя. 3) Таблицы, приложенныя для руководства при опредѣленіи % потери трудоспособности, не касаясь профессіональныхъ заболѣваній, даютъ полный произволъ усмотрѣнію экспертизы, не знающей деталей производства. 4) Для такого отвѣтственнаго дѣла нужны бо́льшія гарантіи, чѣмъ усмотрѣніе врача. Кромѣ врача-спеціалиста необходимъ экспертъ-техникъ. 5) Право мировой сдѣлки, засвидѣтельствованной фабричной инспекціей, какъ «явно и существенно не нарушающей правила», на практикѣ сводится къ обыкновен-

ному торгу, премія находится въ прямой зависимости отъ уступчивости и сознательности потерпѣвшаго, а уплаченная сумма, уже явно нарушая законъ, переводится на %, выдавая себя дробными цифрами % (до сотыхъ долей). Такой точности, конечно, ни одинъ экспертъ не проявилъ. 6) Разногласія въ опредѣленіи % потери трудоспособности, разными врачами, обусловленныя отсутствіемъ нормъ и полной свободой въ заключеніи при опредѣленіи профессіональной потери трудоспособности, причиняютъ большой вредъ потерпѣвшимъ рабочимъ, давая опору предпринимателю въ его желаніи уплатить какъ можно меньше и питая надежды потерпѣвшаго на высокій % потери трудоспособности, часто на судѣ не признаваемый. Въ этомъ грѣхѣ повинны фабричные врачи, страховые, врачи профессіональныхъ союзовъ и частнопрактикующіе—выдающіе легко свидѣтельства, не соотвѣтствующія дѣйствительности.

Вигдорчикъ считаетъ интересными указанія докладчика на преобладаніе травматическаго невроза среди русскихъ рабочихъ въ виду существующаго мнѣнія, что травматическій неврозъ—симуляція; не согласенъ съ мнѣніемъ докладчика о выдѣленіи изъ группы прочихъ заболѣваній грыжи и о томъ, чтобы не разсматривать ихъ какъ несчастные случаи. Точно также не согласенъ онъ относительно выдачи единовременнаго вознагражденія взамѣнъ пенсіи; наоборотъ, онъ предлагаетъ требовать обязательной выдачи пенсіи съ запрещеніемъ замѣнять ее единовременнымъ пособіемъ. Среди мѣръ борьбы съ травматизмомъ надо указать—выборъ старостъ изъ среды рабочихъ, которымъ поручается слѣдить за машинами и за соблюденіемъ всѣхъ огражденій. Хейсинъ указываетъ на неудовлетворительность таблицы 2 іюня 1903 г., опредѣляющей потерю трудоспособности вообще, но не указывающей, какъ опредѣлить потерю профессіональной трудоспособности. Никольскій останавливается на вопросѣ о симуляціи и указываетъ, что въ настоящее время въ Западной Европѣ существуютъ спеціальные институты для обученія распознаванія симуляціи; поддерживаетъ предложеніе докладчика о безправномъ положеніи иностранныхъ подданныхъ. Малисъ обращаетъ вниманіе на то, что фабричные врачи подъ давленіемъ предпринимателя такъ запуганы грыжами, что слишкомъ широко бракуютъ рабочихъ, часто при незначительномъ расширеніи кольца; что касается вопроса о пенсіи, то мы не должны путать положеніе рабочихъ у насъ съ положеніемъ на Западѣ; тамъ существуетъ государственное страхованіе рабочихъ и есть гарантія, что пенсія будетъ выплачена; у насъ же этой гарантіи нѣтъ, а потому для рабочаго выгоднѣе единовременное полученіе пособія. Необходимо обратить вниманіе на преждевременную выписку изъ больницъ, что часто ведетъ къ неполному возстановленію функцій. Фабричный инспекторъ инж.-технологъ Быковъ высказывается за то, что въ экспертизѣ долженъ участвовать не только врачъ, но кромѣ того техникъ и рабочій. Надо учитывать не только потерю трудоспособности, но и потерю заработка. Магула на основаніи цифръ бюро при Максимилліановской лечебницѣ говоритъ, что симуляція составляетъ единичные случаи. При травматическомъ неврозѣ и т, п. заболѣваніяхъ нельзя замѣнить пенсію единовременнымъ пособіемъ. такъ какъ потеря трудоспособности можетъ съ годами увеличиваться, вслѣдствіе ухудшенія самаго заболѣванія. Необходимо создать учрежденія медико-механическаго института, гдѣ бы долечивались пострадавшіе отъ увѣчья. Наши городскія больницы вслѣдствіе переполненія выписываютъ больныхъ недолеченныхъ.

Д. П. Никольскій (Спб.): Несчастные случаи на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ (трамваяхъ, паровыхъ и конныхъ). Съ усиленіемъ электрической тяги, съ развитіемъ трамвайнаго движенія возростаетъ и количество несчастныхъ случаевъ. Существующая у насъ въ настоящее время регистрація несчастныхъ случаевъ на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ—недостаточна и не выясняетъ многихъ сторонъ даннаго вопроса. Изъ имѣющихся свѣдѣній о несчастныхъ случаяхъ на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ видно, что въ Москвѣ (1905—1908 г.)

на электрической тягѣ, въ среднемъ, 62,4% несчастныхъ случаевъ; на конной—37,1%; въ Петербургѣ (1908—1900 гг.) на электрической тягѣ — 82,2%, на конной — 15,8%. Въ Баку (1905—1908 гг.) несчастныхъ случаевъ — 129. Наибольшее число пострадавшихъ приходится на мужчинъ, какъ на электрической тягѣ, такъ и на конной. По возрасту — на дѣтскій возрастъ приходится въ Москвѣ на конной тягѣ 3%, на электрической — 2%; остальные — на взрослый. Большой процентъ пострадавшихъ на линіяхъ даютъ лица въ нетрезвомъ состояніи—около 9%. Въ праздничные и послѣпраздничные дни количество несчастныхъ случаевъ у насъ увеличивается. Въ Германіи на понедѣльникъ приходится около 16%, на воскресенье — 10%. По часамъ наибольшее число несчастныхъ случаевъ отъ 1 — 3 дня, отъ 5—6 веч. и отъ 8—10 веч. У насъ среди пострадавшихъ преобладаетъ публика надъ пассажирами, въ Германіи — наоборотъ. По мѣсяцамъ и временамъ года несчастные случаи распредѣляются различно, въ Москвѣ при электрической тягѣ наибольшее число приходится на лѣто, наименьшее—на зиму; при конной тягѣ—наибольшее на весну, наименьшее—на лѣто. Въ Петербургѣ наибольшее—на осень, наименьшее—на зиму при всѣхъ путяхъ передвиженія. Благодаря развитію трамвайнаго передвиженія увеличились способы покушенія на самоубійство. За 1908—1909 г.— 48 случаевъ покушенія на самоубійства подъ трамваемъ. Около 40% всѣхъ покушеній оканчивались благополучно при электрической тягѣ, благодаря быстро дѣйствующимъ тормазамъ. Въ подобныхъ же случаяхъ при конной тягѣ покушавшихся не удавалось спасти. Причины несчастныхъ случаевъ не всюду одинаковы: въ Москвѣ на электрической тягѣ 70%, на конной—40%; несчастные случаи происходятъ при выходѣ, въ Петербургѣ на трамваѣ — 25,6%, на конной тягѣ 35,4%; въ Германіи— 32%. Въ Петербургѣ наибольшее число приходится на несчастные случаи на рельсахъ—39%. Въ Москвѣ 3/4 всѣхъ случаевъ происходятъ по винѣ самой публики, обращающей мало вниманія на обязательныя постановленія, хотя нельзя оправдывать и персоналъ на указанныхъ путяхъ. По тяжести повреждения и по исходамъ повреждения распредѣляются такъ: на легкія—въ Москвѣ на трамваѣ—90%, на конной 88%; въ Петербургѣ на трамваѣ—63%, на конной—58%; въ Баку—25,5%; на тяжелыя—въ Москвѣ на трамваѣ—8,5%, на конной 11,8%; въ Петербургѣ на трамваѣ—10,4%, на конной—9,3%; въ Баку—37,2%; на смертельныя поврежденія—въ Москвѣ на трамваѣ—1,5%, на конной— 0,2%; въ Петербургѣ на трамваѣ—4,3%, на конной—7,4%. Въ Баку—17,7% и кромѣ того на увѣчья приходится 19,3%.

Докладчикъ высказывается за болѣе точную регистрацію несчастныхъ случаевъ по особой карточкѣ (образецъ предложенъ) и за ознакомленіе служащихъ на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ краткихъ свѣдѣній о подачѣ первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ.

Изъ преній выясняется, что докладчикъ мало указалъ на причины, вызывающія несчастные случаи при трамвайномъ передвиженіи. Необходимо обратить вни-

маніе на условія работы трамвайныхъ служащихъ: страшная горячка, переутомленіе кондукторовъ, недостаточное количество вагоновъ, обслуживающихъ городъ, и т. д. Часто причиной несчастныхъ случаевъ является переутомленіе служащихъ, что подтверждается, между прочимъ, тѣмъ, что наибольшій % несчастныхъ случаевъ падаетъ на время смѣны. Важнѣе, чѣмъ предложенное докладчикомъ обученіе подачѣ первой помощи трамвайныхъ служащихъ, является организація быстраго и удобнаго транспорта пострадавшихъ. У насъ часто очень трудно добиться присылки кареты скорой помощи. Теряется время, вслѣдствіе чего страдаетъ здоровье и даже жизнь потерпѣвшихъ несчастіе. Въ карточкѣ для регистраціи необходимо также отмѣчать время, протекшее между несчастнымъ случаемъ и подачей первой медицинской помощи, такъ какъ отъ этого часто зависитъ исходъ леченія. Въ преніяхъ принимали участіе Малисъ, Магула и др. Секція признала неотложнымъ обратить вниманіе городскихъ управъ и частныхъ желѣзныхъ дорогъ и необходимымъ принять мѣры къ уменьшенію травматизма на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ, въ частности улучшить условія труда рабочихъ на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ, организовать правильную подачу скорой медицинской помощи и усовершенствовать регистрацію несчастныхъ случаевъ примѣнительно къ представленной карточкѣ.

Ю. Г. Малисъ (Спб.): Медицинское освидѣтельствованіе рабочихъ при пріемѣ ихъ на фабрично-заводскія предпріятія. Въ настоящее время при освидѣтельствованіи рабочихъ при пріемѣ на фабрики и заводы мы не имѣемъ никакихъ руководящихъ пунктовъ, въ этой области царитъ полный безпорядокъ и субъективизмъ. Желательно установить однообразную схему такого освидѣтельствованія. Существованіе опредѣленной схемы гарантировало бы рабочихъ отъ неосновательнаго отказа въ пріемѣ. Съ другой стороны существованіе опредѣленныхъ медицинскихъ методовъ можетъ служить прекраснымъ подспорьемъ при возможной впослѣдствіи экспертизѣ увѣчья. Наконецъ, такіе медицинскіе листки могутъ служить богатымъ матеріаломъ для статистики въ области фабричной медицины. Въ виду всего этого докладчикъ предлагаетъ секціи выработать такой единообразный листъ.

Въ преніяхъ указывается на то, что на съѣздѣ фабрично-заводскихъ врачей по этому поводу подымался принципіальный вопросъ — допустимы-ли вообще осмотры рабочихъ врачами при пріемѣ на фабрики и заводы. Рабочіе высказались за осмотры, только при условіи ихъ полной реорганизаціи. Дондаровъ считаетъ существующіе способы изслѣдованія болѣе выгодными для рабочихъ, чѣмъ строго научные способы, такъ какъ при послѣднихъ число забракованныхъ и выброшенныхъ на улицу рабочихъ было бы еще больше. Вигдорчикъ принципіально не согласенъ съ осмотромъ, помогающимъ предпринимателю эксплоатировать рабочаго, и предлагаетъ слѣдующую резолюцію: врачи должны стремиться къ полной отмѣнѣ осмотровъ на фабрикахъ, поскольку они примѣняются для огражденія интересовъ предпринимателя отъ отвѣтственности за возможные несчастные случаи. Осмотры допустимы только въ интересахъ огражденія здоровья самихъ рабочихъ или здоровья потребителей.

Собраніе, по предложенію предсѣдателя, постановляетъ воздержаться отъ резолюцій въ виду недостаточной разработки вопроса.

И. Д. Астраханъ (Москва): О первомъ съѣздѣ фабрично-заводскихъ врачей и о созывѣ II съѣзда. Изложивъ исторію перваго съѣзда фабрично-заводскихъ врачей, докладчикъ сообщилъ намѣченную программу для работъ проектируемаго II съѣзда, одобренную правленіемъ Общества фабричныхъ врачей.

Въ преніяхъ многіе высказались за сокращеніе программы и за то, чтобы выдвинуть только основные вопросы.

Послѣ преній фабричная подсекція признала необходимымъ:

1) Созвать съѣздъ черезъ правленіе Пироговскаго Общества; 2) время съѣзда назначить на апрѣль 1911 г.; 3) избрать коммиссію,

которая пересмотрѣла бы программу съѣзда, выработанную Московскимъ Обществомъ фабричныхъ врачей, передала бы ее на новое разсмотрѣніе Московскаго Общества фабричныхъ врачей, которое въ окончательномъ видѣ переслало бы эту программу въ правленіе Пироговскаго Общества.

24 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Д. И. Орловъ (Москва), почетнымъ секретаремъ—П. М. Дондаровъ (Баку).

М. Л. Хейсинъ (Спб.): Объ экспертизѣ увѣчныхъ. Врачи въ большинствѣ случаевъ незнакомы съ правилами объ экспертизѣ съ такъ назыв. увѣчной медициной. На Западѣ существуетъ цѣлая литература по этому вопросу, у насъ только за послѣднее время стали появляться переводные труды. Фабричные врачи въ оцѣнкѣ скупы, частные — обычно слишкомъ щедры. Необходимо: 1) Открывать повсюду консультаціонные бюро изъ врачей и юристовъ. 2) Образовать каѳедры при университетахъ по такъ назыв. соціальной медицинѣ. 3) Учреждать больничные пункты для стаціонарнаго наблюденія за нѣкоторыми больными, которыхъ обычно не принимаютъ въ больницу (травмат. неврозъ). 4) Консультаціонныя бюро лучше всего могутъ функціонировать при развитіи профессіональнаго движенія среди рабочихъ. Примѣромъ для подобнаго бюро можетъ служить одно частное С.-Петерб. консультаціонное бюро, существующее уже 2 года. За освидѣтельствованіемъ въ указанное бюро обратилось за это время 626 челов.; 36% обращавшихся командировалось профессіональными союзами. Бюро это выдало за все время 38% свидѣтельствъ объ увѣчьяхъ, 150 челов.—24% падаетъ на травматическій неврозъ, 18% на поврежденія рукъ, 10% на грыжи (причемъ ущемленія ни разу не констатировалось).

Д. П. Никольскій (Спб.): Несчастные случаи на фабрикахъ и заводахъ за 20-лѣтній періодъ (личныя наблюденія). Докладъ этотъ является предварительнымъ сообщеніемъ; подробныя данныя въ свое время будутъ опубликованы и собраны они на основаніи матеріала больницы, находящейся въ Спб. за Невской заставой и обслуживающей 5 фабрикъ. За 20 лѣтъ всѣхъ несчастныхъ случаевъ зарегистрировано 3922, въ томъ числѣ 192 чел., что объясняется тѣмъ, что на этихъ фабрикахъ работаетъ небольшое число ихъ. Послѣ 1904 года число несчастныхъ случаевъ увеличилось, что объясняется тѣмъ, что съ того времени рабочіе чаще стали обращатся къ врачамъ, что введено было страхованіе рабочихъ. Большее число случаевъ падаетъ на осенніе мѣсяцы (много новичковъ). Большую роль играетъ грамотность; несчастные случаи среди грамотныхъ 63%, остальные—безграмотны. Раны протекали у алкоголиковъ продолжительнѣе и тяжелѣе, чѣмъ у не-алкоголиковъ. Симуляція встрѣчается крайне рѣдко. Положенія: 1) Регистрація должна вестись исключительно фабрично-заводскими врачами. 2) Для однообразія регистраціи должна быть введена одна карточка по примѣру карточки московскихъ фабричныхъ врачей. 3) Желательно выясненіе связи алкоголизма съ не-

счастными случаями на фабрикахъ и заводахъ. 4) Для опредѣленія потери трудоспособности должны быть образованы коллегіи изъ врачей, техниковъ и юристовъ. 5) Предложить правл. Пироговскаго Общества избрать коммиссію для выработки новыхъ таблицъ для оцѣнки потери работоспособности и 6) озаботиться объ учрежденіи институтовъ (по примѣру Харьковскаго) для долечиванія рабочихъ, пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ.

Е. Я. Левинъ (Харьковъ): Подготовительныя работы съѣзда горнопромышленниковъ юга Россіи по введенію страхованія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Предстоящее въ ближайшемъ будущемъ введеніе страхованія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ заставило Совѣтъ съѣзда горнопромышленниковъ приступить къ разработкѣ статистическаго матеріала по данному вопросу. При этомъ принята во вниманіе необходимость особаго страхового товарищества для горнозаводской промышленности, въ виду особой опасности, представляемой этой отраслью промышленности. Выработанъ точный планъ собиранія данныхъ о несчастныхъ случаяхъ при посредствѣ карточекъ; при выработкѣ этихъ карточекъ приняты слѣдующія 3 основанія: 1) возможная полнота свѣдѣній, 2) однородность источника и 3) достовѣрность его. Методъ собиранія свѣдѣній—экспедиціонный. Каждое предпріятіе заносится въ спеціальную карточку, на которой обозначается мѣстонахожденіе предпріятія и число его рабочихъ. Изъ этихъ карточекъ составляются однородныя группы, которыя поручаются особому инструктору, объѣзжающему 2—3 раза въ году свой районъ. Для каждаго несчастнаго случая отдѣльная карточка; заносятся лишь тѣ случаи, которые имѣли своимъ послѣдствіемъ смерть, полную или частичную потерю трудоспособности; заносятся также случаи съ неизвѣстнымъ исходомъ. Принята также во вниманіе классификація рабочихъ по отдѣльнымъ горнымъ предпріятіямъ.

Астраханъ (Спб.) поддерживаетъ положенія Хейсина. Въ консультаціонное бюро обязательно должны входить юристы. Со статистикой надо быть осторожнымъ, а то нѣкоторые изъ малыхъ цифръ дѣлаютъ большіе выводы. Абрамсонъ (Спб.) сообщаетъ данныя изъ другого петербургскаго консультаціоннаго бюро. За 2 г. 1570 увѣчныхъ. Принимаютъ врачи-спеціалисты по всѣмъ областямъ. Наблюдается частота травматическаго невроза. Таблицы для экспертизы недостаточны. Вегнеръ (Харьковъ) считаетъ, что преподаваніе соціальной медицины въ университетахъ нецѣлесообразно, и безъ того много предметовъ, предлагаетъ, чтобы Пироговское Общество озаботилось учрежденіемъ спеціальныхъ институтовъ для этой цѣли въ промышленныхъ центрахъ. Магула (Спб.) указалъ, что для правильной дѣятельности консультаціонныхъ бюро необходимы большія матеріальныя средства (рентгеновскій кабинетъ); профессіональные союзы бѣдны, необходимо поэтому и участіе предпринимателей въ нихъ. Нужно обратиться къ редакціи «Врачебной Газеты» съ просьбой открыть въ своей газетѣ отдѣлъ по экспертизѣ увѣчій. Воскресенскій отмѣтилъ, что на уменьшеніе несчастныхъ случаевъ прежде всего вліяетъ правильная постановка дѣла на фабрикахъ (огражденіе машинъ и т. п.) Объ этомъ и надо заботиться фабрично-заводскимъ врачамъ. Въ преніяхъ, кромѣ того, принимали участіе Быковъ, Барскій, Бондаровъ, Грегори и Вигдорчикъ.

Приняты положенія докладчиковъ, кромѣ того слѣдующія положенія д-ра Вегнера: 1) Бюро экспертизы увѣчныхъ должны быть узаконены государственными учрежденіями, обезпечены матеріально и независимы. 2) Образовать при Пироговскомъ Обществѣ постоянную коммиссію по профессіональной медицинѣ и гигіенѣ. Кромѣ того рѣшено включить въ программу будущаго съѣзда вопросъ о травматизмѣ среди сельскохозяйственныхъ рабочихъ.

---

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Б. С. Іоффе (Шлиссельбургъ).

А. Н. Винокуровъ (Спб.): Санитарно-врачебное дѣло на фабрикахъ и заводахъ въ Петербургской губерніи. За послѣднія 10 лѣтъ не замѣтно никакихъ улучшеній въ санитарномъ благополучіи фабрикъ и условіяхъ жизни большинства фабрично-заводскихъ рабочихъ. Жилищныя условія таковы, что во многихъ промыслахъ (напр. лѣсномъ и др.) на долю рабочаго приходится 0,15 и даже 0,1 куб. с. воздуха. На многихъ фабрикахъ нѣтъ хорошей вентиляціи и рабочимъ приходится дышать свинцовой пылью или другими вредными отбросами производства (химическія и писчебумажныя фабрики). Лучше всего обслѣдованы въ санитарномъ отношеніи фабрики Петергофскаго, Шлиссельбургскаго и Ямбургскаго уѣздовъ. Хуже всего поставлены и въ санитарномъ отношеніи, и въ смыслѣ обслуживанія медицинской помощью кирпичные заводы. Послѣдняя медленно прогрессируетъ, особенно на заводахъ, имѣющихъ больше 100 рабочихъ. Это видно изъ слѣдующихъ цифръ: удовлетворительную медицинскую помощь имѣли въ 1887 году 35,5%, въ 1889 г.—42%, а въ 1907 г.—76% всѣхъ фабрикъ или 56,6%, если исключить кирпичные заводы. Въ виду всѣхъ этихъ санитарныхъ неблагополучій докладчикъ предлагаетъ резолюцію, согласно которой необходимо немедленно приступить къ планомѣрному и систематическому обслѣдованію санитарнаго состоянія фабрикъ и заводовъ Петербургской губ. по опредѣленной программѣ; признать недопустимымъ совмѣстительство должностей уѣзднаго и фабрично-заводскаго врача и нежелательность замѣщенія этихъ мѣстъ военными или земскими врачами; издать для фабрикъ и заводовъ обязательныя постановленія, хотя бы въ духѣ московскихъ санитарныхъ правилъ, передать все дѣло надзора реорганизованной фабричной инспекціи.

Рубель (Шлиссельбургъ) указываетъ, что фабрики въ Петербургской губерніи обслѣдованы съ санитарной точки зрѣнія не плохо, причемъ обращено вниманіе, между прочимъ, и на вліяніе фабрикъ на здоровье окружающаго населенія на нѣкоторыхъ производствахъ. Орловъ (Москва) отмѣчаетъ, что за 25 лѣтъ въ состояніи санитаріи Петербургской губ. не произошло никакихъ измѣненій. Только на 40% фабрикъ имѣется удовлетворительная медицинская помощь, тогда какъ въ Москвѣ нѣтъ ни одной крупной фабрики безъ хорошо организованной медицинской помощи. Слѣдовало бы привлечь къ надзору земскую санитарію. Вегеръ (Уфа) говоритъ, что въ Петербургской губерніи никто изъ санитарныхъ врачей, кромѣ 2—3 лицъ, не занимается санитарными обслѣдованіями; и это надо поставить на видъ Санитарному Совѣту.

Послѣ преній, въ которыхъ приняли еще участіе Вигдорчикъ, Никольскій, Астраханъ, Іоффе, Грановскій, принята резолюція докладчика за исключеніемъ пункта о передачѣ всего дѣла санитарнаго надзора въ руки фабричной инспекціи.

Н. А. Вигдорчикъ (Спб.): Прошлое, настоящее и будущее соціальнаго страхованія жизни. Добровольныя страховыя организаціи появились въ Англіи и Франціи уже въ 18 вѣкѣ. Опытъ, однако, показалъ, что безъ участія государства и предпринимателей въ этихъ организаціяхъ ихъ существованіе непрочно и рабочихъ онѣ обезпечить не могутъ. Такимъ образомъ стало необходимымъ государственное стра-

хованіе рабочихъ. Въ Германіи этотъ институтъ существуетъ уже 27 лѣтъ и охватываетъ 80% всѣхъ рабочихъ. Предлагается включить теперь и сельскохозяйственныхъ рабочихъ, и прислугу. Говорятъ также о страхованіи материнства. Но зарождаются еще болѣе грандіозныя перспективы, когда каждый гражданинъ, независимо отъ сдѣланныхъ или не сдѣланныхъ взносовъ, сможетъ на старости или въ случаѣ болѣзни получать отъ государства матеріальную помощь. Это и есть институтъ государственныхъ пенсій для стариковъ и инвалидовъ, который начинаетъ уже осуществляться въ Даніи и Новой Голландіи.

Г. А. Горбуновъ (Шуя): Къ вопросу объ экспертизѣ для фабрично-заводскихъ рабочихъ. Докладчикъ приводитъ 124 случая произведенныхъ имъ изслѣдованій рабочихъ въ качествѣ эксперта-окулиста. Изъ всѣхъ этихъ лицъ только 9 человѣкъ не имѣли права на полученіе вознагражденія отъ фабрики. Этотъ фактъ говоритъ противъ тѣхъ, которые указываютъ на большой процентъ симулянтовъ. Для рабочихъ было бы полезно, если бы экспертъ участвовалъ на судѣ въ качествѣ свидѣтеля. При оцѣнкѣ потери трудоспособности не слѣдовало бы строго придерживаться соотвѣтственныхъ таблицъ, такъ какъ, напр., глазныя таблицы небольшихъ потерь остроты зрѣнія совершенно не учитываютъ. Желательно сдѣлать постановленіе, чтобы врачи не служили въ тѣхъ учрежденіяхъ, гдѣ не допускается для рабочихъ частная экспертиза.

Въ преніяхъ приняли участіе Дондаровъ, Никольскій и Магула. Рѣшено было по возбужденнымъ вопросамъ не выносить никакихъ резолюцій, принявъ докладъ къ свѣдѣнію.

Соединенное засѣданіе секцій общественной, городской и фабричной медицины.

23 апрѣля (вечеромъ).

Почетными предсѣдателями избраны: С. Н. Бубновъ (Харьковъ), Д. Я. Дорфъ (Баку), почетными секретарями—Г. И. Ростовцовъ (Рязань), С. А. Семеновъ (Шлиссельб. уѣздъ).

И. Д. Астраханъ (Москва): Фабричная медицина, городскія управленія и страховыя кассы. Условія работы и труда фабричныхъ рабочихъ отличаются отъ таковыхъ остального населенія, и фабричную медицину нельзя подвести ни подъ какой шаблонъ. Докладчикъ противъ передачи фабричной медицины земствамъ и городамъ, останавливаясь въ мотивировкѣ этого положенія на крайне слабой организаціи медико-санитарной помощи въ городахъ. Только въ 32 городахъ имѣются городскія больницы и въ 36 городахъ безплатная помощь и только въ 10 городахъ постоянныя санитарныя организаціи. Есть города, которые ни копѣйки не тратятъ на врачебную помощь населенію. Города, взимая больничный сборъ, снимаютъ обязанность съ предпринимателя лечить своихъ больныхъ. Что касается передачи фабричной медицины въ больничныя кассы, по примѣру Германіи, то для насъ это не примѣнимо. У насъ большинство рабочихъ живетъ при фабрикахъ, а при кассахъ помощь раз-

бросана по кабинетамъ врачей. Помощь должна быть на самыхъ фабрикахъ. Посѣщаемость больницъ тѣмъ больше, чѣмъ онѣ ближе къ фабрикѣ. Германскія кассы требуютъ взносовъ со стороны рабочихъ; помощь должна быть безплатна. Земства отказались отъ всякой платы, такъ какъ даже минимальная плата уменьшаетъ посѣщаемость. Основныя положенія доклада сводятся къ слѣдующему: 1) Существующій больничный сборъ тормозитъ развитіе фабричной медицины. 2) Передать самоуправленію фабричную медицину значитъ ее уничтожить. 3) Управленіе больничными кассами самими рабочими при современной соціальной жизни остается мечтой. 4) Организація больничныхъ кассъ, согласно законопроекту, не можетъ служить интересамъ рабочихъ.

М. М. Борисовъ (ст. Большево): Фабричная медицина и земства. Фабрики часто входятъ въ соглашеніе съ земствами, съ земскими больницами на предметъ леченія своихъ рабочихъ. При этомъ медицинская помощь сводится почти къ нулю. И это понятно: въ земствѣ нѣтъ средствъ; во многихъ земствахъ нѣтъ санитарныхъ совѣтовъ; земскіе врачи не знаютъ нуждъ фабричныхъ рабочихъ. Въ лучшемъ случаѣ приходится 1 врачъ на 24 тыс. населенія, а въ Вятской губерніи 1 врачъ на 63 тыс. Не надо забывать, что есть много губерній не земскихъ. Отъ реакціоннаго и сословнаго земствъ нельзя ждать лучшаго будущаго и передача дѣла въ руки земствъ въ условіяхъ переживаемаго момента недопустима. Только въ русскихъ общественныхъ самоуправленіяхъ найдутся необходимыя силы и средства для раціональной организаціи фабричной медицины. Сліяніе земской и фабричной медицины въ настоящее время пойдетъ въ ущербъ фабричнымъ рабочимъ.

Д. И. Орловъ (Москва): Организація фабричной медицины. Положенія доклада: 1. Фабричная медицина должна быть основана на принципахъ общественной медицины. 2. Въ ея строительствѣ главнѣйшую работу должны взять на себя фабричные врачи. Только ихъ усиліями она можетъ занять выдающееся положеніе и отстоять свою самостоятельность. 3. Фабричные врачи при организаціи фабричной медицины должны слѣдовать тѣми же путями, по которымъ шла земская медицина. 4. Видную роль въ организаціи фабричной медицины должны исполнить областные съѣзды фабричныхъ врачей. 5. Болѣе скорая и болѣе правильная постановка фабричной медицины послѣдуетъ при условіи, если право изданія обязательныхъ постановленій по обезпеченію рабочихъ врачебною помощью относительно фабрикъ и заводовъ снова перейдетъ къ земскимъ учрежденіямъ и если земскій санитарный надзоръ будетъ вѣдать санитарную сторону труда и жизни на фабрикахъ и заводахъ. 6. Фабричная медицина, сохраняя свою самостоятельность, въ своей дѣятельности должна идти рука объ руку съ земской медициной, взаимно дополняя другъ друга. Фабричные врачи объединились въ общество и широко открыли двери земскимъ дѣятелямъ, но земства отъ нихъ отстранились. Земство стремится къ нивеллировкѣ и уравненію врачебной по-

мощи, а леченіе на фабрикахъ, гдѣ широко примѣняется женскій трудъ, требуетъ спеціализаціи. Для объединенія дѣятельности фабричныхъ врачей надо собирать областные съѣзды. Такой съѣздъ былъ только въ Екатеринославѣ. Рѣшенія съѣздовъ будутъ служить указаніемъ для фабрикантовъ.

Н. А. Вигдорчикъ (Спб.): О передачѣ фабричной медицины больничнымъ кассамъ. Современный кризисъ фабричной медицины возникъ не сразу. Это болѣзнь длительная, потому что заболѣвшій организмъ худосоченъ. Общественное дѣло не можетъ существовать въ видѣ частной организаціи. Это уже сознавалось въ 80-хъ годахъ, но тогда надѣялись исправить дѣло передачей фабричной медицины въ органы мѣстнаго самоуправленія. Теперь, когда переживается моментъ полнаго разочарованія въ дѣятельности этихъ организацій, погибла у большинства надежда рѣшить этимъ путемъ наболѣвшій вопросъ, притомъ рѣшеніе вопроса осложняется новымъ явленіемъ: прозрѣлъ рабочій и самъ желаетъ участвовать въ рѣшеніи фундаментальнаго вопроса его жизни. Вопросъ назрѣлъ; остаться на перепутьи in statu quo нельзя. Слиться съ земствомъ—это равнозначуще гибели дѣла. Исходъ одинъ—создать больничныя кассы, но съ непремѣннымъ условіемъ, чтобы кассы эти питались не кровной копѣйкой рабочаго, а капиталомъ предпринимателя.

К. С. Лозино-Лозинскій (Спб.): Задачи врачебной помощи рабочимъ и служащимъ въ промышленныхъ предпріятіяхъ и больничныя кассы. Справедливость требуетъ, чтобы для рабочаго была обезпечена врачебная помощь отъ начала болѣзни до полнаго выздоровленія, чтобы было организовано пользованіе на дому и оказаніе помощи роженицамъ и больнымъ членамъ семьи рабочаго. Кто могъ бы осуществить это? Возложить это на предпринимателя—для него непосильно и не достигаетъ цѣли, вызываетъ конфликты между предпринимателемъ, рабочимъ и врачемъ. Фабричная медицина требуетъ особой организаціи. На государствѣ должна лежать обязанность страхованія рабочихъ на случай инвалидности. Нужны больничныя кассы, въ которыхъ должны участвовать и рабочіе, и предприниматели. Больничныя кассы должны вводиться законодательнымъ актомъ во всѣ промышленныя предпріятія страны. Больничныя кассы оказываютъ врачебную помощь всѣмъ заболѣвшимъ участникамъ кассы и членамъ ихъ семей.

И. С. Вегеръ (Уфа): Фабричная медицина и земство. Докладчикъ прочелъ только положенія (докладъ напечатанъ въ недавно вышедшихъ «Трудахъ I Съѣзда фабричныхъ врачей и дѣятелей промышленности»): 1) Фабричная медицина находится въ очень неудовлетворительномъ состояніи, но передачей ея земству вопросъ не разрѣшается. Условія труда и жизни рабочихъ ставятъ фабричной медицинѣ особыя требованія, которыхъ земство удовлетворить не можетъ: а) весьма близкое разстояніе лечебницъ отъ фабрики, б) спеціальная медицинская помощь, в) санитарная инспекція, г) доступность фабричной медицины воздѣйствію фабричнаго законодательства и д) доступность фабричной медицины воздѣйствію рабочихъ.

Слить фабричную медицину съ земской, въ виду разнородности ихъ задачъ и требованій, невозможно безъ явнаго и крупнаго ущерба для одной изъ нихъ или для обѣихъ. Медицинскія нужды рабочихъ, во всякомъ случаѣ, при этомъ сліяніи удовлетворены не будутъ. 2) Фабрично-заводская медицина обслуживаетъ часть интересовъ рабочихъ, и потому вопросъ о ней есть часть рабочаго вопроса, неразрывно связанъ съ нимъ и только вмѣстѣ со своимъ цѣлымъ и на одномъ пути съ нимъ можетъ, будетъ и долженъ разрѣшаться въ ту или иную сторону. Не черезъ земство пойдетъ рѣшеніе всего рабочаго вопроса, не черезъ земство пойдетъ и рѣшеніе его части—фабричной медицины. 3) Рядомъ съ самостоятельной и самоуправляющейся земской медициной могутъ и должны существовать таковыя же фабричная, желѣзнодорожная и пр. Законодательство должно установить общія нормы и задачи фабрично-заводской медицины въ соотвѣтствіи съ общими требованіями работы и жизни рабочихъ и съ общими задачами законодательства по охранѣ труда. Въ предѣлахъ этихъ нормъ рабочіе сами управляютъ фабрично-заводской медициной. 4) Если въ настоящее время невозможно провести надлежащую организацію фабрично-заводской медицины, то, въ интересахъ рабочихъ, предпочтительнѣе не передача ея земству а оставленіе ея подъ вліяніемъ нынѣ дѣйствующихъ силъ. 5) Практическій проектъ врачей Московскаго уѣзднаго земства сліянія фабричной медицины съ земствомъ доказываетъ, противъ своей воли, что передача фабричной медицины земству невыполнима и невыгодна ни для земства, ни для рабочихъ. Таковой же проектъ передачи со стороны органа Совѣта съѣздовъ представителей промышленности и торговли подсказываетъ, что передача фабричной медицины земству выгодна для промышленниковъ.

В. П. Успенскій (Москва): Медицинская помощь на фабрикахъ и заводахъ Москвы. Только на крупныхъ фабрикахъ имѣется сносно поставленная медицинская помощь, на нихъ имѣется по одному и даже по два врача. Въ заведеніяхъ мелкихъ врачъ посѣщаетъ одинъ разъ въ мѣсяцъ или по мѣрѣ надобности, что равносильно отсутствію врача. Врачи совмѣщаютъ должности на разныхъ фабрикахъ и есть случаи, гдѣ одинъ врачъ числится при 50 заводахъ. Женщинъ врачей при фабрикахъ совсѣмъ нѣтъ, хотя есть фабрики, гдѣ число рабочихъ женщинъ превалируетъ. При нѣкоторыхъ фабрикахъ имѣются фельдшера и акушерки. Аптеки при фабрикахъ числятся, но фактически ихъ нѣтъ. Обращаемость къ врачамъ крайне ничтожна (на 1600 раб.—120 обращ.). Стаціонарная помощь стоитъ не лучше (1 кровать на 135 рабочихъ). Періодъ освободительнаго движенія не внесъ почти никакихъ улучшеній въ это дѣло.

Мунблитъ высказался противъ передачи въ больничныя кассы, такъ какъ у насъ едва-ли можно разсчитывать на самодѣятельность рабочихъ. Кацъ стоитъ за передачу въ городскія и общественныя учрежденія, ибо у насъ нѣтъ гарантіи, что больничныя кассы будутъ удовлетворять потребности рабочихъ. Гончаровъ находитъ страннымъ лозунгъ: «прочь отъ земства и самоуправленія», будто пѣсня общественнаго самоуправленія спѣта. Духъ земскій не исчезъ и вся надежда

все-таки на земскія и городскія самоуправленія. Канель высказывается противъ передачи дѣлъ въ городскія и земскія самоуправленія, которыя, не давая рабочему почти ничего, лишатъ его правъ пользоваться медицинской помощью отъ предпринимателя. Быковъ (техникъ) высказывается противъ передачи въ еще несуществующія больничныя кассы. Винокуровъ обратилъ вниманіе на разницу нашихъ проектовъ больничныхъ кассъ отъ германскихъ: въ послѣднихъ платитъ рабочій, а мы желаемъ, чтобы платилъ предприниматель. Дурново обращаетъ вниманіе общества на нежелательность совмѣстительства многихъ должностей у фабричныхъ врачей. Горбуновъ отмѣтилъ, что при нѣкоторыхъ фабрикахъ существуютъ больницы на 400 человѣкъ (Иваново-Вознесенскъ и Шуя), и эти больницы обслуживаютъ также окрестное населеніе. Хейсинымъ предложена слѣдующая резолюція: Вопросъ о томъ, какимъ организаціямъ передать фабричную медицину—больничнымъ кассамъ или органамъ общественнаго самоуправленія, — чрезвычайно усложнился за послѣднее время, благодаря новымъ фактамъ общественной жизни. Поэтому секція, не предрѣшая этого вопроса, категорически осуждаетъ сохраненіе медицины въ рукахъ предпринимателей, считая общественный контроль, предлагаемый докладчиками, фикціей, не имѣющей никакого значенія. Признавая, однако, чрезвычайно важнымъ вопросъ о судьбахъ фабричной медицины, съѣздъ поручаетъ правленію разработать этотъ вопросъ въ организаціонной коммиссіи при правленіи Пироговскаго Общества. Обсужденіе ея, за позднимъ временемъ, отложено до соединеннаго засѣданія фабричной и общественной медицины.

Соединенное засѣданіе секцій общественной и фабричной медицины.

25 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ И. С. Вегеръ (Уфа) и почетнымъ секретаремъ—Е. Г. Мунблитъ (Москва).

А. Н. Шабанова въ качествѣ представительницы отъ съѣзда для борьбы съ торговлей женщинами предлагаетъ секціи ходатайствовать отъ имени XI Пироговскаго съѣзда врачей объ отмѣнѣ регламентаціи проституціи. Собраніе не нашло возможнымъ присоединиться къ этой резолюціи безъ обсужденія, выразило ей сочувствіе, считая, однако, безцѣльнымъ ходатайствовать передъ правительствомъ на основаніи постановленій и практики Пироговскихъ съѣздовъ.

В. В. Шенгелидзе (Спб.): Дѣтская смертность среди фабрично-заводскаго населенія (отъ коммиссіи при Обществѣ дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ). Докладчикъ доказываетъ статистическими данными, что во многихъ отрасляхъ производства переходятъ отъ мужского труда къ женскому, и это при современномъ положеніи фабричнаго законодательства сильно вліяетъ на увеличеніе дѣтской смертности. Насколько эта смертность велика, видно изъ того факта, что она въ возрастѣ до 1 года приблизительно въ 1½ раза больше смертности дѣтей сельскаго населенія. Причины: органическая нежизнеспособность въ силу алкоголизма отцовъ и истощенности матерей, безпрерывно работающихъ вплоть до самыхъ родовъ и сейчасъ же послѣ нихъ; отсутствіе ухода за младенцами и мало-мальски удовлетворительнаго питанія ихъ. Въ виду этого докладчикъ предлагаетъ принять слѣдующую резолюцію:

1) Фабричныя работницы должны быть освобождены отъ работъ на 2 недѣли до и на 4 послѣ родовъ; 2) онѣ должны быть вознаграждены изъ тѣхъ денегъ, которыя предприниматели выгадываютъ отъ перехода на болѣе дешевый женскій трудъ, что приблизительно составляетъ 14 %; изъ этихъ суммъ 25 рублей должно быть выдано роженицамъ одновременно, а остальныя деньги 3) должны поступить въ больнич-

ныя кассы и на организацію яслей; 4) необходимо учредить институтъ фабричныхъ инспектрисъ; 5) закономъ должно быть разрѣшено фабричнымъ работницамъ отлучаться въ извѣстное время для кормленія своихъ дѣтей.

Шабанова передаетъ пожеланіе россійскихъ женскихъ организацій («Лиги равноправія женщинъ» и т. п.) относительно необходимости ввести институтъ фабричныхъ инспектрисъ. Кацъ присоединяетъ къ названнымъ докладчикомъ причинамъ, вызывающимъ вырожденіе и смертность населенія, туберкулезъ родителей-рабочихъ и невозможныя жилищныя условія. Исполатовъ указываетъ на то, что при данномъ отношеніи министерства къ фабрикантамъ съ послѣдними трудно бороться. Богатыревъ говоритъ, что по произведеннымъ имъ изслѣдованіямъ (2500 случаевъ) смертность дѣтей фабричнаго населенія превышаетъ смертность дѣтей остального населенія во всѣхъ возрастахъ, что противорѣчитъ высказаннымъ въ одной статьѣ взглядамъ Вегера. Въ послѣдніе 16 лѣтъ замѣтно нѣкоторое уменьшеніе. Вегеръ отмѣчаетъ, что дѣтская смертность фабричнаго населенія связана съ большой въ Россіи дѣтской смертностью вообще, причемъ больше всего умираетъ до $1/2$ года. Быковъ указываетъ на вредное вліяніе ночной работы и предлагаетъ требовать отъ имени Пироговскаго съѣзда ея прекращенія тамъ, гдѣ это возможно. Вигдорчикъ считаетъ единовременное пособіе въ 25 рублей недостаточнымъ, равно какъ и предлагаемый докладчикомъ срокъ освобожденія отъ работъ до и послѣ родовъ. Секція рѣшаетъ вынести резолюцію по выслушанному докладу 27 апрѣля, когда вопросъ объ охранѣ материнства будетъ затронутъ болѣе широко.

В. А. Каноль: Итоги общественной мысли въ области страхованія рабочихъ. Въ законопроектѣ о страхованіи рабочихъ, который скоро долженъ быть внесенъ въ Государственную Думу и на выработку котораго предприниматели оказали большое вліяніе, интересы рабочихъ недостаточно защищены. Пострадавшіе получаютъ $1/2$—$2/3$ своего скуднаго заработка, а холостые рабочіе всего $1/4$—$1/2$, тогда какъ коэффиціентъ опасности для фабричныхъ рабочихъ у насъ въ 5—6 разъ больше, чѣмъ на Западѣ. Еще хуже, что въ проектируемыхъ больничныхъ кассахъ рѣшающую роль будутъ играть предприниматели, а во время забастовки касса не будетъ функціонировать. Поэтому докладчикъ предлагаетъ принять резолюцію, согласно которой страхованіе должно распространяться на всѣхъ наемныхъ тружениковъ и равняться полному ихъ заработку; оно должно быть организовано на началахъ самаго широкаго самоуправленія; расходы должны лечь, главнымъ образомъ, на предпринимателей; внесенный въ Думу законопроектъ долженъ быть кореннымъ образомъ переработанъ.

П. И. Кедровъ (Москва): Законопроектъ страхованія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ и болѣзни. Докладчикъ старается доказать, что профессіональныя болѣзни тоже увѣчья, спеціально получаемыя на тѣхъ или другихъ фабрикахъ, а потому и онѣ должны давать право на полученіе страховой преміи. На Западѣ такая тенденція уже отчасти проводится, и докладчикъ предлагаетъ секціи сдѣлать постановленіе въ такомъ же духѣ.

Вигдорчикъ говоритъ, что терминъ «профессіональныя болѣзни» еще весьма неясный и неопредѣленный. Нужно составить списокъ такихъ болѣзней. Къ предложенію Канеля объ обязательномъ страхованіи надо прибавить и страхованіе отъ инвалидности. Безбокая предлагаетъ позаботиться и о рабочихъ сельскохозяйственныхъ.

По поводу резолюціи къ докладамъ Канеля и Кедрова высказываются еще: Хейсинъ, Дондаровъ, Никольскій, Винокуровъ, Колонтаровъ и Магула. Относительно пожеланія Кедрова секція принимаетъ формулировку Вигдорчика, что слѣдуетъ приравнивать профессіональныя болѣзни въ

смыслѣ отвѣтственности предпринимателей къ несчастнымъ случаямъ и образовать при Пироговскомъ Обществѣ коммиссію для изученія профессіональныхъ болѣзней. Резолюція Канеля принимается цѣликомъ со включеніемъ сюда обязательности страхованія и отъ инвалидности и старости.

Для веденія преній по вопросу о дальнѣйшемъ направленіи фабрично-заводской медицины предсѣдателемъ избранъ Д. Я. Дорфъ (Баку).

Канель предлагаетъ принять такую резолюцію, которая выражаетъ осужденіе современному состоянію фабрично-заводской медицины, но вопросъ о дальнѣйшей судьбѣ ея предоставляетъ рѣшить спеціально образованной при Пироговскомъ Обществѣ коммиссіи. Кацъ присоединяется къ этому предложенію, хотя вообще сторонникъ земства. Фридманъ предлагаетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ предоставлять рѣшеніе этого вопроса самимъ рабочимъ. Канель говоритъ, что здѣсь предложены 3 пути: 1) оставить фабрично-заводскую медицину въ рукахъ предпринимателей, т. е. in statu quo ante; 2) передать ее земству или 3) устроить больничныя кассы. Первый пунктъ всѣми единогласно отвергнутъ, но по остальнымъ пунктамъ имѣется разногласіе, которое теперь не можетъ быть разрѣшено. Необходимо предоставить рѣшеніе этого вопроса особой коммиссіи для выработки доклада XII Пироговскому съѣзду. Большинствомъ 43 голосовъ противъ 2, при 6 воздержавшихся, принята резолюція, предложенная М. Л. Хейсинымъ (см. стр. 222), со слѣдующей поправкой: «считая всякіе коррективы въ этомъ отношеніи не достигающими цѣли» (вмѣсто: «считая общественный контроль, предлагаемый докладчиками, фикціей, не имѣющей никакого значенія»).

Подсекція: медицина желѣзнодорожная и водныхъ путей.

23 апрѣля (днемъ).

Засѣданіе открыто завѣдующимъ секціей Н. А. Романовымъ, указавшимъ, что незначительное количество докладовъ (6) объясняется съ одной стороны позднимъ полученіемъ разрѣшенія отъ мин. путей сообщ. на участіе желѣзн.-дор. врачей въ съѣздѣ, съ другой близкимъ съѣздомъ желѣзнодорожныхъ врачей въ сентябрѣ этого года. Тотъ фактъ, что желѣзнодорожное начальство командировало съ своей стороны по одному делегату отъ каждой дороги, позволяетъ надѣяться, что рѣшенія, принятыя здѣсь, будутъ приняты во вниманіе минист. пут. сообщенія.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ М. А. Заусайловъ (старш. вр. Екатерин. дороги), почетнымъ секретаремъ—А. Плюшкинъ (Ревель).

В. П. Калашниковъ (Спб.): По вопросу о требованіяхъ, предъявляемыхъ желѣзными дорогами къ служащимъ въ отношеніи органа зрѣнія. Въ требованіяхъ въ отношеніи органовъ зрѣнія существуетъ хаосъ не только у насъ, но и въ Западной Европѣ. Только въ Англіи и Америкѣ на нѣкоторыхъ дорогахъ выработаны общія правила. Уже въ большинствѣ случаевъ изслѣдованія совсѣмъ не производятся, хотя на нѣкоторыхъ дорогахъ установились слѣдующія препятствія къ поступленію на службу: трахома, дальтонизмъ, катаракта и др. Эти правила большей частью не соблюдаются. Необходимо установить слѣдующія правила, общія для всѣхъ дорогъ: поступающіе на службу a) 1-й категоріи (машинисты, стрѣлочники и т. д.) должны имѣть остроту зрѣнія на каждомъ глазу не менѣе $^2/_2$ (0,7) (безъ стеколъ), b) 2-й категоріи (начальн. станціи, кондуктора и др.)—не менѣе $^1/_2$ (0,5), c) 3-й категоріи (не соприкасающіеся съ движеніемъ), если поступаютъ въ мастерскія—безъ стеколъ не менѣе $^1/_3$, со стеклами не

менѣе 0,7 на каждомъ глазу; если поступаютъ въ конторы—со стеклами не менѣе 0,5; безъ стеколъ могутъ имѣть меньшую остроту зрѣнія, чѣмъ 1/3; при этомъ близорукость не должна превышать 5,0 D, дальнозоркость — 3,0 D, астигматизмъ—2,0 D. 2) Начинающаяся катаракта, глаукома, трахома и другія прогрессивныя заболѣванія глазъ должны служить препятствіемъ къ поступленію на службу. 3) У старослужащихъ должны производиться повторныя изслѣдованія глазъ послѣ перенесенныхъ ими тяжелыхъ заболѣваній общаго характера. 4) У старослужащихъ 1-й и 2-й категоріи должна производиться провѣрка остроты зрѣнія на установленныхъ сигналахъ при пониженіи остроты зрѣнія, зависящей отъ помутнѣнія средъ глазъ. При этомъ допускается ношеніе исправительныхъ стеколъ только для лицъ 2-й категоріи. 5) Потеря зрѣнія одного глаза должна служить причиной къ удаленію со службы лицъ 1-й и 2-й категоріи, не препятствуетъ службѣ только въ конторѣ. 6) Изслѣдованіе органовъ зрѣнія должно производиться спеціалистами, можно имѣть таковыхъ на большихъ станціяхъ. 7) Необходимы частыя командировки участковыхъ врачей для спеціализаціи по глазнымъ болѣзнямъ.

М. М. Фишъ (Оренбургъ): Нормы остроты зрѣнія желѣзнодорожныхъ служащихъ и методы опредѣленія ея. При опредѣленіи нормы остроты зрѣнія необходимо избѣгать схематичности; слишкомъ строгія требованія не могутъ быть предъявлены, а то придется выбросить за бортъ много народа. Нужно остановиться на монокулярной системѣ. Нормы для новопоступающихъ могутъ быть приняты слѣдующія: Для первой категоріи 0,75 на одномъ глазу, 0,5 на другомъ, причемъ при ежегодномъ освидѣтельствованіи острота зрѣнія не должна быть ниже 0,5 на каждомъ глазу; агенты, имѣющіе монокулярную остроту зрѣнія ниже указанной нормы, должны быть въ теченіе опредѣленнаго срока переведены во 2-ю и 3-ю категорію. Коррекція стеклами не должна быть допускаема для составителей поѣздовъ. Для второй категоріи на одномъ глазу не ниже 0,5, на другомъ—0,25 съ правомъ коррекціи. При переосвидѣтельствованіи могутъ остаться на службѣ только тѣ, у которыхъ острота зрѣнія лучшаго глаза понижается не ниже степени худшаго, а худшаго не ниже 0,15. Для третьей категоріи не ниже 0,15 на каждомъ глазу. Слѣпые на одинъ глазъ на службу не должны приниматься; потерявшіе одинъ глазъ агенты 1-й и 2-й категорій удаляются со службы, 3-й—только тѣ, работа которыхъ грозитъ глазамъ профессіональнымъ травматизмомъ. Прогрессивныя заболѣванія глазъ (трахома, глаукома etc.) должны служить препятствіемъ къ поступленію на службу. Изслѣдованіе цвѣтоощущенія не должно производиться шариками Гальмгрена, а аппаратами Нагеля. Необходимо образовать коммиссію изъ спеціалистовъ офтальмологовъ для составленія новыхъ таблицъ.

Казасъ (Брестъ-Литовскъ) считаетъ необходимымъ выработать регламентацію общую для всѣхъ дорогъ, но норма Калашникова слишкомъ милостива. Для поступающихъ нужно установить норму 1,0; затѣмъ, почему служащій при поступленіи долженъ имѣть одну остроту зрѣнія, а черезъ годъ, дѣлаясь старослужащимъ,—

другую? Якобсонъ (Ташкентъ) указываетъ, что на большихъ станціяхъ должны быть спеціальные окулисты. Кампе (Н.-Новгородъ) считаетъ, что введеніе обязательной нормы внесетъ только новыя осложненія въ дѣло. Кромѣ того, для приведенія въ исполненіе требованій докладчиковъ необходимо, чтобы всѣ участковые врачи были окулистами, это невозможно. Герасимовъ указалъ, что участковые врачи и безъ того завалены работой. Кацъ (Спб.) указалъ, что къ старымъ служащимъ нужно предъявлять другія требованія, такъ какъ у нихъ есть опытъ; во французской арміи при опытахъ лучшими стрѣлками часто оказывались солдаты съ остротой зрѣнія въ 0,3. Кромѣ того въ преніяхъ принимали участіе Тарасенко (Оренбургъ), Афанасьевъ (Курскъ), Филипповъ (Прин. дор.), Свіатскій (Варш.-Вѣнск. дор.) и Лескесъ (Моск.-Брест. дор.).

Рѣшено представить положенія докладчиковъ, какъ и протоколъ преній предстоящему съѣзду желѣзнодорожныхъ врачей въ Москвѣ.

Послѣ преній было сдѣлано постановленіе: «Признавая весьма цѣнными оба доклада, передать эти доклады, а равно и всѣ пренія, на предстоящій 4-й Совѣщательный Съѣздъ желѣзнодорожныхъ врачей въ коммиссію для пересмотра правилъ врачебной службы желѣзныхъ дорогъ».

24 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Ф. Д. Романовичъ (Ю.-ж. д.).

К. Н. Герасимовъ: Правовое и служебное положеніе желѣзнодорожнаго врачебнаго персонала. Докладчикъ указываетъ на неудовлетворительное матеріальное и правовое служебное положеніе врачей, служащихъ на желѣзныхъ дорогахъ. Средній окладъ участковаго врача 1500 руб. въ годъ и 300 руб. квартирныхъ или квартира натурой. При современной дороговизнѣ жизни и при отсутствіи къ тому же перспективъ на повышеніе, такъ какъ участковые врачи довольно рѣдко попадаютъ въ старшіе, положеніе это представляется довольно плачевнымъ. Ж.-д. врачи не пользуются правами государственной службы, что опять-таки лишаетъ ихъ нѣкоторыхъ правъ и преимуществъ, хотя бы, напр., при воспитаніи дѣтей. Если сравнить положеніе врачей съ положеніемъ другихъ лицъ съ спеціальнымъ высшимъ образованіемъ, служащихъ на желѣзныхъ дорогахъ, т. е. инженеровъ, то послѣдніе всюду и всегда поставлены въ гораздо лучшія условія. На этомъ основаніи докладчикъ выставляетъ слѣдующія требованія: 1) Врачебная часть на желѣзныхъ дорогахъ должна быть выдѣлена въ особую самостоятельную службу съ начальникомъ ея старшимъ врачемъ во главѣ. 2) Всѣмъ желѣзнодорожнымъ врачамъ должны быть предоставлены права государственной службы въ полномъ объемѣ. 3) Необходимо увеличить содержаніе желѣзнодорожныхъ врачей съ такимъ разсчетомъ, чтобы содержаніе старшаго врача равнялось содержанію начальника какой-нибудь другой службы, а содержаніе участковаго или больничнаго врача—съ содержаніемъ начальниковъ службы пути, тяги или участковъ. 4) Желательно установленіе прибавки къ содержанію за каждое прослуженное пятилѣтіе. 5) Крайне желательно установленіе командировокъ желѣзнодорожныхъ врачей въ научные центры для усовершенствованія въ наукахъ.

Кампе (Нижній-Новгородъ) указываетъ на желательность введенія страхованія ж.-д. врачей. Заусайловъ предлагаетъ для достиженія намѣченныхъ цѣлей оказать давленіе на членовъ Государственной Думы. Для осуществленія научныхъ командировокъ слѣдовало бы воспользоваться больничнымъ фондомъ, какъ это уже

сдѣлано на Екатерининской желѣзной дорогѣ. Особое страхованіе ж.-д. врачей не нужно, такъ какъ въ случаѣ смерти отъ инфекціонной болѣзни семья получаетъ вознагражденіе въ размѣрѣ десятикратнаго жалованья. Романовъ (Спб.) указалъ, что въ проектѣ, выработанномъ министерствомъ путей сообщенія и предполагаемомъ для внесенія въ Государственную Думу, ж.-д. врачамъ назначается жалованье въ 2400 руб. Надо добиваться скорѣйшаго осуществленія этого законодательнаго предположенія. Черняковскій (Кинель, Самарской губ.) считаетъ, что надо хлопотать о допущеніи ежегодныхъ отпусковъ, которыхъ до сихъ поръ нѣтъ. Шрейдеръ указываетъ на тяжелую службу санитарныхъ врачей на жел. дорогахъ и предлагаетъ выставить требованіе и объ улучшеніи ихъ положенія. Даниловичъ (Астрахань) предлагаетъ требовать квартиръ для врачей, подобно тому, какъ получаютъ даровыя квартиры и другіе ж.-д. служащіе. Тарасенко (Ахтырка, Херсонской губ.) говоритъ, что принятіе первыхъ 2-хъ пунковъ доклада нисколько не измѣнитъ положенія вещей. А что касается улучшенія матеріальнаго положенія, то достаточно добиваться доведенія его до 2700 руб. путемъ періодическихъ прибавокъ. Аоанасьевъ приводитъ случаи поразительно несправедливаго и безсердечнаго отношенія желѣзнодорожной администраціи къ своему медицинскому персоналу въ случаѣ болѣзни. Высказываются еще по возбужденному вопросу Михайловъ, Станишевскій и Лескосъ, а затѣмъ цѣликомъ принимаются положенія доклада съ прибавленіемъ къ имѣющемуся тамъ перечню желѣзнодорожныхъ врачей также и врачей санитарныхъ. Относительно научныхъ командировокъ принимается предложеніе Заусайлова, что для этого должны быть использованы смѣтные остатки по врачебной части, если не будетъ особыхъ ассигновокъ.

М. А. Заусайловъ: Современное положеніе желѣзнодорожной медицины и отношеніе ея къ земскимъ городскимъ и другимъ врачебно-санитарнымъ организаціямъ. Докладъ составленъ на основаніи пробной анкеты на 17 наибольшихъ желѣзныхъ дорогахъ, отчетовъ управленій желѣзныхъ дорогъ и сравненіи этихъ данныхъ съ данными земской медицинской статистики. Средняя населенность врачебнаго желѣзнодорожнаго участка въ 1908 году опредѣлялась въ 5238 человѣкъ; населенность фельдшерскаго околодка равнялась въ томъ же году 2852 человѣка, а акушерскаго—въ 7366 человѣкъ. Изъ сравненія съ положеніемъ врачебной помощи въ Россіи вообще видно, что одинъ врачъ приходится на желѣзной дорогѣ на вдвое меньшее населеніе, чѣмъ за предѣлами дороги. Такъ, напр., въ 1907 году во всей Россіи одинъ врачъ приходился въ среднемъ на 8200 человѣкъ (въ Европейской Россіи—на 7400, въ Азіатской—на 17.000 жителей), а на желѣзныхъ дорогахъ—на 4533 человѣка. Въ 1906 году одинъ врачъ на все населеніе—городское и сельское—въ Россіи приходился на 8600 больныхъ (въ Европейской Россіи на 7700 человѣкъ, въ Азіатской—16.800 человѣкъ) противъ 4700 человѣкъ желѣзнодорожнаго населенія. Въ 1907 году обращаемость къ медицинской помощи во всей Россіи выразилась въ 46,1% (для неземскихъ губерній— 35,3, для земскихъ—60,4%) противъ 173,73% желѣзнодорожнаго населенія. Слѣдовательно, обращаемость желѣзнодорожнаго населенія превышаетъ обращаемость земскаго населенія больше, чѣмъ въ три раза. То же и съ фельдшеризмомъ: во всей Россіи 1 фельдшеръ приходится на 6450—6340 человѣкъ, а на жел. дорогахъ—на 2400—2456 человѣкъ населенія (1906 и 1907 гг.). Въ 1906 году одна акушерка приходилась во всей Россіи на 133.230 человѣкъ, а на жел. дорогахъ—на 7000 человѣкъ. Одна больничная кровать приходилась въ 1907 году на 849 человѣкъ, въ

1906 году на 878 человѣкъ, на желѣзныхъ дорогахъ — въ 1907 году — на 757,8 чел. населенія, въ 1906 году — на 718,87 чел. населенія. Въ силу стремленія желѣзнодорожнаго населенія къ раціональному леченію все-таки ощущается острый недостатокъ въ больницахъ. Нужно поэтому построить новыя желѣзнодорожныя больницы, а также войти въ сношеніе съ земскими, городскими и другими врачебно-санитарными организаціями относительно леченія желѣзнодорожныхъ служащихъ. Для установленія постоянныхъ нормальныхъ отношеній между этими организаціями желательно создать какой-нибудь объединенный представительный органъ отъ всѣхъ этихъ учрежденій, хотя бы въ видѣ постоянныхъ областныхъ, порайонныхъ и мѣстныхъ съѣздовъ.

Черняковскій говоритъ, что на различныхъ желѣзныхъ дорогахъ различныя условія и желательно установить единообразную реформу. Даниловичъ указываетъ на то, что ж.-д. служащіе въ городахъ не принимаются въ городскія больницы въ виду переполненія этихъ больницъ. Рохлинскій (Варшава) указываетъ, что большинство психіатрическихъ больницъ не принимаетъ желѣзнодорожныхъ служащихъ, такъ какъ желѣзныя дороги платятъ только за двухнедѣльное леченіе. А между тѣмъ среднее число дней, проводимыхъ душевно-больнымъ въ больницѣ опредѣляется въ 273 дня, при излечимости въ 80—90 дней. На всѣхъ желѣзныхъ дорогахъ ежегодно заболѣваетъ 534 человѣка, и слѣдовало бы поэтому абонироваться на извѣстное число мѣстъ въ земскихъ и городскихъ психіатрическихъ больницахъ.

Баллотировкой принято предложеніе относительно обезпеченія желѣзнодорожнаго населенія психіатрической помощью.

---

26 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. А. Александровъ (Москва), секретаремъ — Н. Т. Черняковскій (Пермь).

С. А. Михайловъ (Спб.): Задачи и современное положеніе санитарнаго надзора на желѣзныхъ дорогахъ. Съ 1906 г. при каждой линіи желѣзной дороги имѣется санитарный врачъ, дѣйствующій по инструкціи, утвержденной главнымъ управленіемъ. Нѣкоторыя функціи по этой инструкціи возложены на главнаго врача желѣзной дороги, являющагося руководителемъ санитарнаго надзора и мѣропріятій, нѣкоторыя функціи возложены на участковыхъ врачей, являющихся исполнителями. Въ видѣ исключенія существуютъ санитарныя совѣщанія. Но и санитарный врачъ не можетъ исполнять хотя бы и отчасти возложенныя на него порученія, такъ какъ онъ замѣняетъ часто главнаго врача, часто посылается въ командировки по линіи для разбора различныхъ недоразумѣній. Слѣдуетъ освободить санитарнаго врача отъ постороннихъ обязанностей. Въ помощь ему слѣдуетъ создать должность санитарнаго техника-инженера — для оборудованія санитарныхъ мѣропріятій, бюро для разработки регистраціоннаго матеріала, постояннаго лаборанта для изслѣдованій, спеціальныхъ фельдшеровъ-дезинфекторовъ. Работа санитарныхъ врачей должна быть согласована съ работой мѣстныхъ городскихъ и земскихъ самоуправленій. Санитарная статистика должна быть улучшена. Большое значеніе имѣютъ для выясненія вопросовъ желѣзнодорожной са-

нитаріи какъ спеціальные съѣзды желѣзнодорожныхъ врачей, такъ и желѣзнодорожная секція при Пироговскомъ съѣздѣ.

Самоходскій (Минскъ) считаетъ излишнимъ существованіе спеціальныхъ дезинфекторовъ. Если освободить ихъ отъ работы въ аптекѣ, что имѣетъ мѣсто въ настоящее время, имъ нечего будетъ дѣлать. Тарасенко (Оренбургъ) отмѣчаетъ желательность устройства на будущее время объединенныхъ засѣданій желѣзнодорожной секціи съ другими секціями, занимающимися вопросами санитаріи. Якобсонъ (Ташкентъ) указываетъ, что необходимо выдвинуть вопросъ о борьбѣ съ туберкулезомъ на желѣзныхъ дорогахъ; назрѣло время для изданія спеціальнаго органа, посвященнаго вопросамъ желѣзнодорожной медицины. Заусайловъ (Екатеринославъ) отмѣчаетъ, что санитарная организація отстала потому, что проведеніе санитарныхъ мѣропріятій требуетъ огромныхъ средствъ.

С. Г. Шрейдеръ (Спб.): Борьба съ заразными болѣзнями и въ особенности съ холерой на россійскихъ желѣзныхъ дорогахъ. На 2.700.000 желѣзнодорожныхъ служащихъ въ послѣдніе годы приходилось по 245 тыс. заразныхъ заболѣваній въ годъ. Изъ этого числа лишь 2—4 % были помѣщены для излеченія въ больницы, остальные оставались на дому и служили источникомъ заразы. Изоляція больныхъ производится въ настоящее время въ классныхъ вагонахъ, что совершенно недопустимо. Нужно имѣть особыя изоляціонныя квартиры на главныхъ станціяхъ, въ которыя можно было бы изолировать здоровыхъ членовъ семьи. Въ поѣздахъ въ вагонахъ 3 класса должно быть отдѣльное изолированное купе для заболѣвшихъ въ пути. Для дезинфекціи вагоновъ рекомендуетъ способъ формалинной дезинфекціи Дора. Необходимо обратить вниманіе на улучшеніе жилищъ служащихъ на желѣзныхъ дорогахъ, особенно дежурныхъ комнатъ, казармъ рабочихъ. Должно быть обращено вниманіе на возможную очистку вагоновъ послѣ прибытія состава на конечную станцію, въ частности слѣдуетъ замѣнить мягкую мебель въ I и II классахъ кожаной, должно запретить плевать и поставить плевальницы въ вагонахъ.

Тарасенко (Оренбургъ) отмѣчаетъ неудобство, созданное тѣмъ, что предсѣдателями санитарно-исполнительной коммиссіи состоятъ начальники тяги, не интересующіеся дѣломъ санитаріи и смотрящіе на свои обязанности, какъ на лишнюю обузу. Не отмѣченъ въ докладѣ вопросъ о переселенцахъ, везущихъ съ собой богатый багажъ инфекціонныхъ заболѣваній. Заусайловъ (Екатеринославъ) считаетъ предсѣдательствованіе начальника тяги удобнымъ, такъ какъ это дастъ возможность быстро осуществить намѣченныя мѣры. Для борьбы съ заболѣваніями нужно строить дешеваго типа больницы. На Екатерининской жел. дорогѣ устройство 1 кровати обходится въ 500 рублей. Хороши и изоляціонныя квартиры, и изоляціонные вагоны. Изоляціонныя купе должны быть устроены, но въ обычное время они предоставляются въ распоряженіе пассажировъ.

Кромѣ того въ дебатахъ приняли участіе указавшіе на постановку дѣла на Николаевской жел. дорогѣ: Лоскесъ (Москва), Романовъ (Спб.); далѣе Якобсонъ (Ташкентъ) и Даниловичъ (Астрахань).

Л. А. Ландау (Юрьевъ): Врачебно-санитарная дѣятельность на эмигрантскихъ пароходахъ русскаго восточно-азіатскаго пароходства. Докладчикъ ѣздилъ 4 мѣсяца на 3-хъ пароходахъ между Либавой и Нью-Іоркомъ. Врачъ на пароходѣ для эмигрантовъ есть, по мнѣнію пароходнаго общества, необходимое зло, такъ по крайней мѣрѣ смотрятъ на него всѣ начальствующія лица. Врачебный и низшій медицинскій персоналъ оплачивается недостаточно, является поэтому случайнымъ и мало отвѣчающимъ своему назначенію. Добрымъ на-

чинаніямъ врача ставятъ непреодолимыя преграды въ видѣ грубаго противодѣйствія или длинной волокиты. Это объясняется тѣмъ, что интересы компаніи пароходной требуетъ большей вербовки пассажировъ. Карантинныя нормы не соблюдаются. Изъ команды, наоборотъ, значительное количество заболѣвшихъ приходится на кочегаровъ и пароходную прислугу. Смертность среди моряковъ вообще равна 14 %. У докладчика на 2000 пассажировъ и пароходной команды былъ 1 смертный случай (корь и эклампсія у ребенка). Какъ профессіональныя заболѣванія докладчикомъ отмѣчены дерматиты, ожоги лица отъ солнца, судорога кочегаровъ. Пироговское Общество должно встать на защиту эмигрантовъ, совращаемыхъ на поѣздку въ Америку безъ достаточной гарантіи, что по состоянію здоровья они будутъ пропущены.

Романовскій (Спб.) указалъ, что докладъ затрогиваетъ еще совершенно не обслѣдованную область; раньше чѣмъ вынести резолюцію, вопросъ должно основательнѣе и всестороннѣе освѣтить. Это дѣло будущаго. Въ преніяхъ кромѣ того приняли участіе Заусайловъ (Екатеринославъ) и Якобсонъ (Ташкентъ).

Подсекція: страховая медицина.

25 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Э. К. Мазингъ.

А. В. Залкиндъ: Вопросы врачебной этики въ дѣлѣ страхованія жизни. Изложивъ сущность и задачи страхованія жизни, докладчикъ подробно остановился на роли и значеніи врача въ дѣлѣ страхованія жизни и особенно на вопросѣ: совмѣстимо-ли занятіе экспертизой по страхованію жизни съ врачебной этикой? Противъ участія врача обычно приводятся слѣдующіе мотивы: во-первыхъ, страховыя общества являются капиталистическими предпріятіями, и врачи своей работой способствуютъ обогащенію частныхъ лицъ и обществъ, но такими же частными капиталистическими предпріятіями являются желѣзныя дороги, фабрики и заводы, и врачи не считаютъ службу въ нихъ противорѣчащей врачебной этикѣ. Во-вторыхъ, врачи, сообщая правленіямъ страховыхъ обществъ результаты освидѣтельствованія, нарушаютъ врачебную тайну, но врачи дѣйствуютъ въ этихъ случаяхъ съ согласія свидѣтельствуемыхъ. Въ-третьихъ, врачи стремятся всячески вывѣдать у больныхъ относительно наслѣдственности, перенесенныхъ болѣзней и т. д., но все это записывается со словъ свидѣтельствуемыхъ. Работѣ страховыхъ врачей препятствуетъ съ одной стороны ихъ зависимость отъ агентовъ, съ другой, неподготовленность врачей въ этой спеціальной области. Непремѣннымъ условіемъ правильной экспертизы являются независимость сужденія врачей, послѣднее достигается устраненіемъ зависимости врачей отъ представителей коммерческой части предпріятія, а поднятію уровня спеціальныхъ знаній страховыхъ врачей могутъ способствовать періодическіе ихъ съѣзды.

Бунаковъ отмѣтилъ затруднительность оцѣнки врачебной въ тѣхъ городахъ, гдѣ имѣется только одинъ врачъ. Нѣсколько замѣчаній сдѣлали Мазингъ и проф. Левинъ.

М. Л. Абельманъ: Страховой рискъ ожирѣнія. Положенія доклада: 1) Умѣренная степень тучности, происходящая обыкновенно отъ слишкомъ обильнаго употребленія жировъ и углеводовъ при недостаточной мышечной работѣ, не должна служить препятствіемъ къ страхованію, если исключается злоупотребленіе спиртными напитками, такъ какъ послѣднее способствуетъ съ одной стороны дальнѣйшему прогрессированію ожирѣнія, съ другой ведетъ къ раннему развитію артеріосклероза. 2) Если вопросъ касается наслѣдственнаго расположенія къ тучности, особенно когда послѣдняя проявляется у отдѣльныхъ членовъ семьи въ сравнительно раннемъ возрастѣ, то подобные случаи должны считаться болѣе серьезными. Такими же неблагопріятными случаями надо считать семьи, въ которыхъ отмѣчены алкоголизмъ, кровоизліяніе въ мозгъ и діабетъ. 3) Что касается степени ожирѣнія, то само собой разумѣется, что шансы на продолжительность жизни ухудшаются съ болѣе интенсивнымъ развитіемъ тучности, но все же страховой врачъ не долженъ рабски придерживаться общепринятыхъ нормъ. Нужно руководствоваться главнымъ образомъ результатами изслѣдованія сердечной дѣятельности въ покойномъ состояніи и при умѣренномъ движеніи. 4) Особенно плохое предсказаніе даютъ случаи такъ назыв. анэмичной тучности. 5) Образъ жизни и профессія заслуживаютъ особаго вниманія; опытъ показываетъ какія профессіи представляютъ крайне ненадежный рискъ, такъ, напр., мясники, пивовары, виноторговцы, трактирщики и пр., наоборотъ, профессія сельскаго хозяина или священника считается болѣе благопріятной. 6) Отказать слѣдуетъ въ страхованіи всѣмъ тѣмъ субъектамъ съ наклонностью къ ожирѣнію, у которыхъ находятъ даже самыя незначительныя отклоненія качества и количества мочи отъ нормы.

Въ преніяхъ Бажсновъ указалъ на огромную зависимость, въ смыслѣ предсказанія, тучности отъ алкоголизма (пріобрѣтеннаго или наслѣдственнаго); нѣсколько замѣчаній было сдѣлано Кубе, проф. Левинымъ и Мазингомъ.

Ф. А. Дербекъ: Недіабетическія гликозуріи съ точки зрѣнія страховой медицины. Докладчикъ обратилъ вниманіе на необходимость осторожнаго отношенія къ результатамъ, полученнымъ отъ изслѣдованія мочи на сахаръ, не забывая, что положительный результатъ обычно примѣняемыхъ пробъ Trommer'a, Fehling'a, Böttger'a и Nylander'a еще не доказываетъ присутствія сахара въ мочѣ, такъ какъ возстановляющимъ свойствомъ обладаютъ и другія тѣла, встрѣчающіяся въ мочѣ. Поэтому при положительномъ результатѣ необходимо провѣрять въ каждомъ случаѣ пробою броженія. Такъ какъ страховыя общества не могутъ считаться ни съ пищевой, ни съ временной гликозуріей, то они могутъ только отклонять всѣ случаи гликозуріи или принимать съ надбавкою преміи тѣ изъ нихъ, въ которыхъ не имѣется наслѣдственнаго предрасположенія и въ которыхъ домашній врачъ можетъ засвидѣтельствовать, что кліентъ раньше былъ всегда здоровъ и выдѣленіе сахара въ мочѣ у него раньше никогда не наблюдалось.

Въ преніяхъ участвовалъ проф. Левинъ.

Медицинская статистика.

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Н. М. Никольскій (Астрахань), почетнымъ секретаремъ—В. Е. Забалуевъ (Никольскъ-Уссурійскій).

В. В. Степановъ (Спб.): Задачи медико-санитарной статистики въ городахъ. Сильный ростъ городовъ и вѣроятное дальнѣйшее развитіе этого роста въ связи съ все увеличивающейся густотой населенія въ городахъ ставитъ особыя задачи санитарной статистикѣ, объектомъ которой служитъ все населенное мѣсто въ его цѣломъ и отдѣльныя его части, отдѣльные дома и квартиры, отдѣльныя лица и, наконецъ, учрежденія, на которыя возложено осуществленіе тѣхъ или другихъ санитарныхъ мѣропріятій. Сложнѣйшей задачей санитарной статистики является собираніе свѣдѣній о домахъ и квартирахъ. По этому вопросу нужно воспользоваться схемой, выработанной уже въ Европѣ, какъ напр. casier sanitaire гор. Парижа. Нѣчто среднее между полнымъ формуляромъ дома и полнымъ отсутствіемъ свѣдѣній о немъ представляютъ записи заразныхъ заболѣваній и смертныхъ случаевъ по отдѣльнымъ домамъ съ указаніемъ причинъ смерти и нѣкоторыхъ другихъ свѣдѣній. Статистическое отдѣленіе Петербургской Городской Управы уже второй годъ ведетъ такого рода записи. Крупнымъ объектомъ санитарной статистики служатъ отдѣльные индивидуумы, заболѣвшіе тѣми или другими заразными болѣзнями. Нашъ законъ устанавливаетъ обязанность доносить о всякомъ случаѣ заразныхъ заболѣваній, но законъ этотъ, повидимому, остается у насъ мертвой буквой. Само собой разумѣется, что санитарная организація должна насколько возможно облегчить врачамъ доставленіе извѣщеній и въ этихъ извѣщеніяхъ слѣдуетъ ограничиться самыми краткими свѣдѣніями. Не касаясь другихъ и самыхъ разнообразныхъ предметовъ вѣдѣнія санитарной статистики, надо указать еще на статистику причинъ смерти. Представлялось бы крайне необходимымъ выработать законъ объ установленіи факта и причины смерти съ возложеніемъ этой обязанности на врачей опредѣленной категоріи, которые должны доставлять достаточно подробныя свѣдѣнія о каждомъ смертномъ случаѣ. Медицинская, и въ особенности санитарная статистика, несмотря на свою спеціальность, не можетъ достигнуть благопріятныхъ результатовъ, если она будетъ стоять внѣ связи съ общей статистикой. Въ основу санитарной статистики должны быть положены матеріалы, собираемые и разрабатываемые общей статистикой. Переписи населенія домовъ и квартиръ, матеріалы естественнаго движенія населенія, статистика несчастныхъ случаевъ, статистика физическихъ и психическихъ недостатковъ служатъ краеугольнымъ камнемъ для медицинской статистики. Вотъ почему, если санитарная статистика отдѣлена въ особое учрежденіе отъ общей статистики, между ними должно быть установлено постоянное общеніе и взаимодѣйствіе.

Въ преніяхъ по поводу доклада Степанова приняли участіе Кенигсбергъ (Оренбургъ), Липскій (Спб.), Поповъ (Екатеринодаръ), Винштокъ (Спб.), Шарый (Спб.), Ивановъ (Н.-Новгородъ), причемъ положенія докладчика, сво-

дящіяся къ тому, чтобы организуемая при правленіи Пироговскаго Общества статистическая коммиссія занялась точнымъ опредѣленіемъ задачъ и направленія санитарной и медицинской статистики, выясненіемъ мѣръ, которыя могли бы обезпечить полноту свѣдѣній о заболѣвающихъ заразными болѣзнями, выработкой общихъ формъ для собиранія свѣдѣній и ихъ разработкой, одобрены собраніемъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ секція указала на то, что дѣло упорядоченія медицинской и санитарной статистики, вопросъ констатированія факта и причины смерти должны быть предоставлены городскимъ общественнымъ управленіямъ.

М. М. Кенигсбергъ (Оренбургъ): Сводныя данныя о движеніи населенія въ Оренбургской губ. за 1897—1907 гг., въ особенности по дѣтской смертности. Главныя положенія докладчика сводятся къ тому, что доминирующее вліяніе дѣтской смертности на общую смертность въ Россіи должно обратить на себя особое вниманіе, такъ какъ оно вліяетъ на вѣроятность жизни и составъ рабочей семьи среди населенія, а оттуда и на его благосостояніе, что большая рождаемость наша, находящаяся въ связи съ огромною у насъ смертностью грудныхъ дѣтей, дѣлающей женщину раньше способной къ новому зачатію, не имѣетъ того значенія благополучія, которое обыкновенно ей склонны приписать, что борьба съ нашей огромной смертностью грудныхъ дѣтей и дѣтей болѣе старшихъ возрастовъ отъ разныхъ эпидемическихъ болѣзней, имѣющая несомнѣнно огромное государственное значеніе, должна на себя обратить вниманіе какъ правительства, такъ и всего населенія.

По докладу Кенигсберга собраніе, по предложенію Тезякова, пришло къ слѣдующему заключенію: Учредить на ближайшемъ XII съѣздѣ особую секцію по вопросамъ изученія дѣтской смертности и способовъ борьбы съ нею и просить правленіе Пироговскаго Общества собрать къ съѣзду свѣдѣнія о существующихъ въ Росссіи обществахъ и организаціяхъ по борьбѣ съ дѣтской смертностью.

В. Е. Забалуевъ (Никольскъ-Уссурійскій): Переселеніе, что оно беретъ у населенія (стат. методологическое изслѣдованіе по вопросу о смертности переселенцевъ въ пути и на мѣстахъ водворенія). Не касаясь здѣсь методологическихъ указаній доклада, которыя секція рѣшила передать на разсмотрѣніе организуемой при правленіи Пироговскаго Общества статистической коммиссіи, приводимъ положенія, имѣющія общій интересъ: Условія перевозки переселенцевъ по желѣзнымъ дорогамъ и особенно на баржахъ отражаются на переселенцахъ наиболѣе губительно, существующая постановка переселенческаго дѣла, преслѣдующая цѣль искусственнаго разрѣженія населенія въ предѣлахъ Европейской Россіи, ведетъ къ вымиранію переселенцевъ.

Картина жизни и передвиженія переселенцевъ, нарисованная докладчикомъ и подтвержденная принимавшими участіе въ преніяхъ Дурново (Баку), Успенскимъ (Москва), Тезяковымъ (Саратовъ) и Зелигеромъ (Спб.), побудила секцію сдѣлать вопросъ о переселенческомъ дѣлѣ съ точки зрѣнія санитарной программнымъ для слѣдующаго XII Пироговскаго съѣзда.

П. П. Радаевъ (Кіевская губ.) продемонстрировалъ свой способъ графическаго изображенія населенности.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины и медицинской статистики.

24 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ Н. И. Тезяковъ (Саратовъ), почетнымъ секретаремъ—Г. И. Ростовцевъ (Рязань).

И. К. Кондорскій (Пермь): О необходимости передачи регистраціи движенія населенія (смертность, рождаемость, брачность) общественнымъ управленіямъ. Положенія доклада слѣдующія: 1. Статистика движенія населенія — самый необходимый и важный отдѣлъ санитарной статистики, являющейся фундаментомъ планомѣрной санитарной дѣятельности. 2. Ненормальная постановка регистраціи движенія населенія въ Россіи даетъ матеріалъ неполный, въ значительной степени недоброкачественный и притомъ сгруппированный по сравнительно большимъ районамъ, а потому и мало пригодный для выясненія неблагополучныхъ въ санитарномъ отношеніи селеній. 3. Введеніе карточной системы регистраціи движенія населенія хотя и значительно улучшаетъ собираемый статистическій матеріалъ въ количественномъ и качественномъ отношеніяхъ, но все же само по себѣ не рѣшаетъ вопроса о постановкѣ правильной и полной регистраціи движенія населенія при сохраненіи существующихъ въ Россіи регистрирующихъ инстанцій. 4. Для достиженія правильной постановки регистраціи движенія населенія необходимо, кромѣ введенія карточной системы, уничтожить множественность инстанцій, собирающихъ матеріалъ (духовныя лица многочисленныхъ и разбросанныхъ религій и вѣроисповѣданій въ Россіи, полиція, волостныя управленія) и по примѣру большинства государствъ Западной Европы передать это дѣло въ руки только однихъ общественныхъ управленій (сельскихъ правленій и городскихъ управъ), изъявъ его изъ рукъ духовныхъ лицъ. 5. Имѣющійся многолѣтній опытъ русскихъ городовъ въ дѣлѣ регистраціи ими смертей можетъ дать указанія относительно того порядка, который можетъ быть принятъ при реорганизаціи системы общей регистраціи движенія населенія въ Россіи и передачѣ ея сельскимъ правленіямъ и городскимъ управленіямъ.

Докладъ совѣщанія по вопросамъ санитарной статистики при правленіи Пироговскаго Общества. Докладчикъ д-ръ М. А. Невядомскій (Подольскъ): Совѣщаніе по санитарно-статистическимъ вопросамъ, собравшееся въ Москвѣ 14—16 апрѣля, было организовано правленіемъ Пироговскаго Общества по просьбѣ группы врачей, принимавшихъ участіе въ работахъ секціи статистики на минувшемъ XII съѣздѣ естествоиспытателей и врачей. Такого рода совѣщаніе было созвано правленіемъ въ февралѣ 1900 г. Предполагалось предварительнымъ обмѣномъ мыслей по очереднымъ вопросамъ общественной санитарной статистики облегчить и подготовить занятія настоящей секціи Пироговскаго съѣзда. Въ работахъ совѣщанія приняли участіе завѣдующіе земскими санитар-

ными бюро, земскіе и городскіе санитарные врачи отъ 12 губерній, лица преподавательскаго персонала, земскіе и другіе врачи, занимающіеся медицинской статистикой, представители Общества фабричныхъ врачей и Московскаго Общества борьбы съ дѣтской смертностью. Занятія совѣщанія сосредоточились на 4 группахъ вопросовъ: а) постановка спеціальнаго санитарно-статистическаго изслѣдованія въ земскихъ санитарныхъ бюро, б) статистическое изслѣдованіе физическаго развитія населенія, в) статистика движенія населенія, причинъ смерти, спеціальная регистрація дѣтскаго возраста, г) организаціонные вопросы общественной санитарной статистики.

Первымъ пунктомъ работы совѣщанія явился вопросъ о постановкѣ изслѣдованія профессіональной заболѣваемости населенія въ кругу статистическихъ работъ земскихъ санитарныхъ бюро, причемъ были заслушаны доклады Л. Б. Грановскаго «Нѣсколько общихъ соображеній по вопросу объ объемѣ и организаціи санитарной статистики труда», П. И. Куркина «Современное положеніе санитарно-статистическаго изслѣдованія въ Московской губерніи», С. М. Богословскаго «Регистрація профессіональной дѣятельности» и Н. Н. Письменнаго «Формы спеціальной регистраціи фабричныхъ больныхъ». По этимъ вопросамъ совѣщаніе, между прочимъ, постановило: Признавая чрезвычайную важность повсемѣстнаго изученія профессіональной заболѣваемости въ Россіи, совѣщаніе считаетъ необходимымъ установленіе однообразной номенклатуры профессій и регистраціи ихъ. Въ виду важности данныхъ, представленныхъ въ докладѣ С. М. Богословскаго для осуществленія работъ по профессіональной заболѣваемости, совѣщаніе постановило просить правленіе Пироговскаго Общества изыскать средства для напечатанія его работы. Докладъ А. В. Молькова «Примѣненіе антропометрическихъ матеріаловъ для изслѣдованія санитарнаго состоянія населенія, изслѣдованіе школьниковъ и новобранцевъ» и таблицы Н. И. Скаткина «Схема статистической разработки матеріаловъ о призываемыхъ къ отбыванію воинской повинности»—были приняты совѣщаніемъ. По вышеприведенному докладу И. К. Кондорскаго совѣщаніе приняло слѣдующую резолюцію: «Имѣя въ виду существенные недостатки существующей системы веденія актовъ о состояніяхъ и предусматривая въ будущемъ необходимость ея коренной реорганизаціи, совѣщаніе находитъ необходимымъ въ настоящее время введеніе карточной системы регистраціи родившихся, умершихъ и браковъ повсюду, гдѣ эта система еще не введена. Вопросы же объ основаніяхъ коренной реформы въ этомъ дѣлѣ поручить вниманію статистической коммиссіи при правленіи Пироговскаго Общества. По вопросу объ обязательной врачебной регистраціи причинъ смерти въ городахъ и о формѣ карты для умершихъ, между прочимъ, постановлено обратиться къ Пироговскому съѣзду съ просьбой о безотлагательной постановкѣ этого вопроса на очередь для окончательнаго разрѣшенія, чтобы при осуществленіи ожидаемой въ этомъ отношеніи правительственной реформы могло быть принято во вниманіе также заключеніе Пироговскаго Обще-

ства». Заслушавъ докладъ П. Н. Воробьева, завѣдующаго отдѣломъ экономической статистики Костромской губернской управы, «Къ вопросу объ объединеніи общей и санитарной земской статистики», совѣщаніе приняло слѣдующее постановленіе: „Санитарная статистика, получая свою силу и жизнеспособность въ санитарной и общемедицинской организаціи, обязательно должна сохранить съ нею тѣсную и органическую связь и полную самостоятельность въ задачахъ своей дѣятельности и выполненіи своихъ работъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ для санитарной статистики является желательной согласованная работа съ другими отдѣлами земской и городской статистики на основѣ равноправія работы въ общемъ дѣлѣ». По докладу П. И. Куркина „Объ учрежденіи при правленіи Пироговскаго Общества постоянной коммиссіи по санитарной статистикѣ" совѣщаніе единогласно присоединилось ко всѣмъ основаніямъ доклада и, признавая огромную и вполнѣ назрѣвшую потребность въ скорѣйшемъ осуществленіи такой коммиссіи для цѣлей объединенія и упорядоченія дѣла санитарной статистики, постановило представить этотъ вопросъ на обсужденіе съѣзда.

Въ преніяхъ по поводу обоихъ докладовъ приняли участіе Шингаревъ (Спб.), Поповъ (Москва), Невядомскій (Подольскъ), Степановъ (Спб.), Глѣбовскій (Москва), Рафесъ (Златоустъ), Тезяковъ (Саратовъ), Липскій (Спб.), Цвѣтаевъ (Кострома) и другіе, причемъ положенія доклада Кондорскаго и постановленія совѣщанія, какъ по докладу Кондорскаго, такъ и по всѣмъ другимъ вопросамъ приняты собраніемъ, которое выразило желаніе, чтобы труды совѣщанія, а равно и работы С. М. Богословскаго о номенклатурѣ профессій съ санитарной ихъ характеристикой были напечатаны.

Докладъ Организаціоннаго Комитета XI съѣзда: **Объ устройствѣ въ 1912 г. Всероссійской выставки по санитарному благоустройству населенныхъ мѣстъ и больничному дѣлу и особаго съѣзда во время нея дѣятелей по народному здравію.** Докладчикъ З. Г. Френкель: Предложенія Организаціоннаго Комитета сводятся къ слѣдующему: 1) Признать очередной задачей въ общественно-санитарномъ дѣлѣ въ Россіи организацію въ ближайшіе годы, не позднѣе 1912 года, Всероссійской выставки по санитарному благоустройству, по борьбѣ съ заразными болѣзнями и медицинской помощи и созывъ спеціальнаго съѣзда дѣятелей по оздоровленію населенныхъ мѣстъ во время выставки. 2) Признать цѣлесообразнымъ, въ особенности въ интересахъ послѣдующей организаціи, указанной въ 1 пунктѣ Всероссійской выставки, участіе Пироговскаго Общества въ устройствѣ отдѣла общественной медицины на предстоящей международной гигіенической выставкѣ въ Дрезденѣ. 3) Избрать уполномоченныхъ отъ съѣзда въ коммиссію по организаціи какъ будущей Всероссійской выставки, такъ и русскаго отдѣла на Дрезденской выставкѣ.

Противъ предложеній Организаціоннаго Комитета высказался Исполатовъ, полагающій, что устройство выставки врядъ-ли можетъ содѣйствовать оздоровленію населенія. Всѣ предложенія Организаціоннаго Комитета приняты собраніемъ, причемъ рѣшено просить о разсылкѣ на мѣста, вмѣстѣ съ программой предполагаемой выставки, и доклада о ней Организаціоннаго Комитета.

По предложенію А. А. Липскаго собраніе рѣшило послать привѣтствіе не прибывшему на съѣздъ П. И. Куркину.

Военная и морская медицина.

23 апрѣля (утромъ).

Засѣданіе открыто А. А. Двукраевымъ, предложившимъ избрать въ почетные председатели Р. I. Гловецкаго (Спб.).

С. П. Троцкій (Батумъ): Значеніе соли и хинина въ борьбѣ съ маларіей. Докладчикъ демонстрировалъ кривыя t°, показывающія, что ни пріемы хинина per os, ни внутривенныя введенія его не предотвращаютъ возврата пароксизмовъ, спустя тотъ или иной промежутокъ времени. Наилучшій терапевтическій эффектъ дастъ слѣдующая смѣсь: Ɍp. Chinini muriatici 10,0, Aethylurethani 5,0, Aq. destill. 20,0. S. на 10 впрыскиваній (1-й день 1 впрыскиваніе; на 2-й—второе; на 3-й—третье; на 10-й день послѣ третьяго—четвертое; на 10-й день послѣ 4-го—пятое). Если паразиты появляются въ одномъ изъ промежутковъ между впрыскиваніями, то впрыскиванія слѣдуетъ дѣлать вновь въ томъ же порядкѣ. Результатъ: изъ 194 больныхъ возвратъ наблюдался у 91 (47%) и не наблюдался у 103 (53%). Эти 91 больныхъ дали 251 возвратъ: по 1 возврату 91 больной; по 2—50; по 3—16; по 4—3. При леченіи срокъ между возвратами уменьшался. Для 1-го возврата=455,5 днямъ и для 2-го возврата=31 дню. По мнѣнію докладчика, излечиваніе пароксизмовъ, что доказывается состояніемъ крови, улучшеніемъ питанія, увеличеніемъ вѣса тѣла, не уничтожаетъ, а скорѣе предрасполагаетъ, при неизмѣненныхъ жизненныхъ условіяхъ, къ новымъ пароксизмамъ. Эта болѣзненная наклонность къ заболѣванію, состояніе къ проявленію возможныхъ заболѣваній и есть маларія, каковая можетъ существовать и безъ признаковъ, указанныхъ Laveran'омъ, т. е. безъ увеличенія селезенки и безъ измѣненія въ крови. Окончательные выводы докладчика таковы, что хининъ не можетъ считаться противомаларійнымъ средствомъ, что въ извѣстномъ только числѣ случаевъ онъ помогаетъ организму освободиться отъ маларійныхъ плазмодій, и что съ пользой онъ можетъ быть примѣненъ только лишь въ борьбѣ съ пароксизмами. Профилактическимъ средствомъ противъ маларіи соли хинина служить не могутъ, и, будучи примѣнены даже цѣлесообразно, онѣ могутъ предрасполагать къ новымъ зараженіямъ или возвратамъ.

Въ преніяхъ Григоровичъ (Спб.), считая предложенный способъ леченія цѣннымъ вкладомъ въ терапію лихорадки, не согласился съ пессимистическимъ взглядомъ докладчика на обычную терапію хининомъ, несмотря даже на то, что имѣются случаи, когда хининъ не дѣйствуетъ. Необходимо только предварительно изучить типъ лихорадки, всѣ оттѣнки и колебанія болѣзни, а затѣмъ индивидуальную особенность каждаго организма. Если имѣются какія-либо другія страданія, какъ, напр., катарръ кишекъ, малокровіе,—то предварительно надо устранить эти явленія, и уже затѣмъ примѣнять хининъ. Гайковичъ (Спб.) считаетъ кривыя докладчика, если онѣ принадлежатъ разнымъ больнымъ, недоказательными; въ вопросѣ о предлагаемомъ способѣ леченія огромное значеніе имѣетъ продолжительность наблюденія. Зиновьевъ (Спб.), Литкена-Варыпаева (Харьк. губ.) и Кротковъ (Спб.) не согласились съ мнѣніемъ докладчика о значеніи хинина въ маларіи, отмѣтивъ значеніе его и какъ профилактическаго, и какъ лечебнаго въ случаяхъ даже кахексіи (хининъ и арсеналъ); особенный эффектъ хинина въ свѣжихъ случаяхъ.

М. А. Марковичъ (Черкассы): Необходимыя улучшенія въ устройствѣ и организаціи военно-санитарныхъ поѣздовъ.

Докладчикъ описалъ функціонировавшіе во время войны санитарные поѣзда, которые не могутъ быть признаны удовлетворяющими своему назначенію транспортированія больныхъ, и намѣтилъ рядъ необходимыхъ мѣропріятій въ этомъ направленіи. Докладчикъ полагаетъ, что военное вѣдомство, наряду съ другими различными неприкосновенными запасами, должно имѣть и минимальный запасъ спеціально приспособленныхъ военно-санитарныхъ поѣздовъ, по типу поѣздовъ-лазаретовъ. Въ каждомъ такомъ поѣздѣ должна быть дезинфекціонная камера, прачечная и сушильня, обширный ледникъ, изоляціонное отдѣленіе для инфекціонныхъ больныхъ. Перевязочная должна быть устроена въ головномъ или хвостовомъ вагонѣ обязательно во всю ширину его безъ прохода. Необходимо, далѣе, улучшить въ вагонахъ «откидные углы», служащіе для внесенія и выноса изъ вагона тяжело-больныхъ и раненыхъ. Каждому младшему врачу и каждой сестрѣ милосердія должно быть предоставлено отдѣльное купэ; для фельдшеровъ—помѣщеніе, отдѣльное отъ остальной команды поѣзда. Каталогъ медикаментовъ долженъ быть расширенъ, а способъ пополненія аптеки поѣзда—улучшенъ. Веденіе военно-походнаго санитарнаго дневника, за полной ненадобностью и безцѣльностью, должно быть уничтожено. Функціи и права коменданта поѣзда слѣдуетъ передать старшему врачу. Всему персоналу военно-санитарнаго поѣзда необходимо время отъ времени давать отпуски, во избѣжаніе появленія профессіональной «желѣзнодорожной» болѣзни съ описаннымъ д-ромъ Кіевщинскимъ симптомокомплексомъ, каждый долженъ быть трактуемъ, какъ неврастенія съ irritatio spinalis.

Демичъ (Кіевъ) добавляетъ нѣсколько фактовъ, иллюстрирующихъ ненормальную постановку дѣла на войнѣ. Онъ самъ написалъ немало по поводу этихъ недостатковъ статей, но въ «Воен.-Мед. Журналѣ» все это было напечатано въ весьма и весьма урѣзанномъ видѣ. Не малое значеніе въ малоуспѣшности борьбы съ указанными недостатками имѣетъ мѣсто индифферентизмъ и апатія военныхъ врачей. Григоровичъ (Спб.) обратилъ вниманіе на крайне неправильную нагрузку больныхъ въ поѣзда. Большимъ зломъ поѣздовъ онъ считаетъ комендантовъ. Гловацкій (м. Скуляны) отмѣтилъ крайнюю медленность передвиженія санитарныхъ поѣздовъ, двигавшихся какъ товарные, что недопустимо для санитарныхъ поѣздовъ. Докладчикъ поясняетъ, что п. 1 законоположеній о санитарныхъ поѣздахъ содержитъ все, о чемъ только что было сказано, такъ что получается впечатлѣніе, что и онъ, докладчикъ, и гг. оппоненты ломятся въ открытую дверь. Портитъ все п. 12, гласящій, что къ оборудованію военно-санитарныхъ поѣздовъ слѣдуетъ приступать при возникновеніи военныхъ дѣйствій. Между тѣмъ нѣтъ никакого законоположенія о своевременной, еще въ мирное время, заготовкѣ всѣхъ необходимыхъ для снаряженія предметовъ и вещей. Далѣе, необходимо выработать для перевозки раненыхъ и больныхъ спеціальные вагоны, совершенно отличные отъ тѣхъ, какіе существуютъ обычно. Теперешніе вагоны, какъ ни передѣлывать,—превратить ихъ въ хорошіе санитарные вагоны нельзя.

Р. І. Гловецкій (Спб.): О новѣйшомъ способѣ дезинфекціи. Докладчикъ изложилъ сущность такъ назыв. японскаго способа дезинфекціи и указалъ, что въ цѣляхъ болѣе широкаго распространенія его слѣдуетъ пользоваться паромъ низкаго котельнаго давленія, не превышающаго 3-хъ атмосферъ. При этомъ можно использовать этотъ способъ и на военныхъ судахъ флота, на которыхъ для этой цѣли легко воспользоваться имѣющимся отопленіемъ съ низкимъ давленіемъ пара. Японскій

способъ паро-формалиновой дезинфекціи относится къ разряду сравнительно дорогихъ, если принять во вниманіе не только расходы по оборудованію самой дезинфекціонной камеры, но и по устройству котельнаго отдѣленія съ котлами высокаго давленія съ соотвѣтственнымъ паропроводомъ, эксплоатаціей матеріаловъ, живой силы и проч. Удешевленіе возможно лишь въ случаѣ попутнаго пользованія паромъ, въ особенности низкаго давленія отъ существующихъ котловъ. Способъ этотъ японскаго имѣетъ очень мало, ибо идея его принадлежитъ Эсмарху, а потому и называть его слѣдуетъ не японскимъ, а «способомъ скорой массовой дезинфекціи формалиномъ при помощи пара высокаго напряженія». Нельзя признать правильнымъ утвержденіе, что при такъ назыв. японскомъ способѣ паро-формалиновой дезинфекціи роль паро-формалиновой форсунки можетъ исполнить аппаратъ-распылитель любой системы. Наоборотъ, ни одна изъ существующихъ форсунокъ совершенно не пригодна. Для правильнаго дѣйствія необходима спеціально приспособленная форсунка, въ особенности, если пользоваться ею не только для распыленія формалина, но и для предварительнаго впуска пара въ камеру съ цѣлью нагрѣванія послѣдней. Докладчикъ предложилъ форсунки своего типа, гдѣ малое отверстіе замѣнено болѣе широкимъ; примѣняя двѣ форсунки, можно ими пользоваться для одновременнаго распыленія формалина и нагрѣванія помѣщенія.

---

25 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ И. И. Медвѣдевъ.

Ѳ. А. Балыницкій-Бируля (Спб.): Прозектура въ Петербургскомъ Александровско-Семеновскомъ военномъ госпиталѣ въ связи съ развитіемъ ея въ Россіи. Докладчикъ далъ краткій историческій очеркъ прозектуры въ Россіи, изложивъ неблагопріятныя условія въ до-Петровскій періодъ, законоположенія, устанавливающія вскрытіе труповъ въ царствованіе Анны Іоановны, и развитіе прозектуры въ XIX столѣтіи. Параллельно была изложена исторія организаціи прозектуры въ военно-лечебныхъ заведеніяхъ. Организація эта въ настоящее время неудовлетворительна, во многихъ лечебныхъ заведеніяхъ нѣтъ штатной прозектуры, вслѣдствіе чего страдаетъ постановка судебно-медицинскихъ изслѣдованій; кромѣ того и въ вопросѣ о болѣе всестороннемъ изученіи заболѣваній русскаго солдата эти недочеты въ организаціи прозектуры играютъ роль.

Секція постановила выразить пожеланіе, чтобы, въ видахъ научнаго и практическаго усовершенствованія военныхъ врачей и усиленія научной работы въ военно-лечебныхъ заведеніяхъ, было обращено надлежащее вниманіе на организацію въ нихъ прозектуры, особенно въ болѣе значительныхъ, гдѣ до сихъ поръ нѣтъ штатныхъ прозекторовъ.

В. Н. Песковъ (Спб.): О физическомъ воспитаніи матроса. Серьезная постановка обученію гимнастики и спорту во флотѣ облегчитъ службу матроса, улучшитъ его боевую подготовку и санитарныя условія его жизни. Гимнастика, однако, для матроса должна быть другая, чѣмъ для сухопутныхъ чиновъ, въ зависимости отъ особыхъ

условій судовой жизни. Успѣшность обученія гимнастикѣ матросовъ зависитъ отъ знакомства офицеровъ флота не только съ практической, но и съ теоретической стороной этого отдѣла, почему необходимо сдѣлать гимнастику и спортивныя упражненія обязательными въ морскомъ корпусѣ и инженерномъ училищѣ Императора Николая I и создать гимнастическій институтъ для офицеровъ и морскихъ врачей. Морскіе врачи должны принимать непосредственное участіе въ вопросѣ постановки и обученія гимнастики во флотѣ, и среди инструкторовъ должны быть какъ офицеры, такъ и врачи, такъ какъ только при совмѣстной работѣ врачей и офицеровъ возможно достигнуть плодотворныхъ результатовъ по физическому воспитанію матроса.

А. А. Суховъ (Кронштадтъ): Венерическія заболѣванія въ Кронштадтскомъ порту среди нижнихъ чиновъ морского вѣдомства въ теченіе 1900—1909 гг. включительно. За 10 лѣтъ было всего 8189 больныхъ венерическими болѣзнями, причемъ первые годы до 1904 г. отмѣчалось постепенное увеличеніе (856 больныхъ, 866, 986, 937 и въ 1904 г. 1288), а затѣмъ рѣзкое паденіе (746, 784, 583, 562 и 581). На долю сифилиса идетъ 17,6%; число сифилитиковъ за послѣдніе годы значительно увеличилось сравнительно съ первыми годами даннаго десятилѣтія; объясняется это увеличеніемъ рецидивовъ; съ 1906 г. нельзя долечиваться амбулаторно въ госпиталяхъ, а надо при экипажахъ и на судахъ. Большинство зараженій происходило въ публичныхъ домахъ. Докладчикъ считаетъ одной изъ главныхъ причинъ чарку водки, пріучающую къ пьянству и ведущую потомъ къ зараженію. Этимъ объясняется, почему въ первые годы службы заражается меньше, чѣмъ старослужащихъ. Поэтому желательно уничтожить ежедневную дачу водки матросамъ въ плаваніи и въ резервѣ. Другая причина болѣе значительной заболѣваемости венерическими болѣзнями во флотѣ, сравнительно съ сухопутнымъ вѣдомствомъ, объясняется лучшимъ денежнымъ довольствіемъ. Однимъ изъ важныхъ способовъ борьбы является распространеніе среди воинскихъ командъ свѣдѣній о венерическихъ болѣзняхъ путемъ лекцій, бесѣдъ, чтеній, популярныхъ листковъ и т. п. Докладчикъ стоитъ за надзоръ и медицинскіе осмотры проститутокъ.

В. Ф. Домичъ: Полтавскій юбилейный лазаретъ.

Секція XVII. Соединенное засѣданіе секцій врачебнаго быта и общественной медицины.

25 апрѣля (днемъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ В. П. Успенскій (Москва), почетными секретарями—Ростовцевъ (Рязань) и В. Н. Золотницкій (Нижній-Новгородъ).

А. П. Грязновъ (Спб.): Общество попеченія о сиротахъ-дѣтяхъ врачей, его задачи, дѣятельность и значеніе для врачебной семьи. Общество попеченія о сиротахъ-дѣтяхъ врачей ста-

витъ своей цѣлью всесторонне заботиться о сиротахъ врачей отъ младенчества до окончанія ими образованія; при существующей матеріальной необезпеченности врачей и ихъ семействъ такое учрежденіе наиболѣе отвѣчаетъ нуждамъ обширной врачебной семьи. Къ сожалѣнію, общество и по сіе время пользуется недостаточной поддержкой товарищей, и главной причиной этого абсентизма являются, повидимому, малая освѣдомленность товарищей-врачей о задачахъ Общества и его дѣятельности. Въ послѣдній 1909 г. число членовъ Общества дошло до 1157, причемъ 800 составляютъ военные врачи, 317—врачи, состоящіе на гражданской службѣ по разнымъ вѣдомствамъ, 104—земскихъ врачей, 77—городскихъ, 127—вольнопрактикующихъ и 126 лицъ не-врачебнаго званія. Наибольшее число членовъ далъ Петербургъ (518). Открытъ въ 1909 г. «Домъ Общества попеченія о сиротахъ-дѣтяхъ врачей имени Н. А. Бушъ». Въ пріютѣ Общества призрѣвается 16 воспитанницъ, 5 отданы на полный пансіонъ, на попеченіи Общества находятся еще 4 мальчика-сироты врачей. Каждый врачъ имѣетъ нравственную обязанность помочь Обществу вступленіемъ въ члены его, такъ какъ только при этомъ условіи оно получитъ возможность въ полномъ объемѣ осуществить поставленную себѣ задачу.

Собраніе высказало пожеланіе, чтобы врачи содѣйствовали росту Общества попеченія о сиротахъ-дѣтяхъ врачей.

С. А. Новосельскій (Спб.): Смертность врачей въ Россіи. Коэффиціентъ смертности въ Россіи для мужского населенія въ возрастѣ 20—39 лѣтъ—8,25 pro mille, а для врачей—8,74; въ возрастѣ 40—59 лѣтъ для мужского населенія—18,27, а для врачей—21,11 и въ возрастѣ выше 60 лѣтъ для мужского населенія—61,50, а для врачей—95,67. Такимъ образомъ видно, что въ Россіи смертность врачей во всѣхъ возрастныхъ группахъ выше смертности русскаго мужского населенія, причемъ обычное усиленіе съ возрастомъ силы смертности проявляется у врачей съ гораздо большей интенсивностью, чѣмъ среди мужского населенія Россіи, что особенно рѣзко сказывается въ болѣе преклонномъ возрастѣ, начиная съ 60 лѣтъ. Между тѣмъ въ Западной Европѣ смертность врачей ниже средней смертности одновозрастнаго мужского населенія и значительно выше смертности другихъ не-матеріальныхъ профессій. По интенсивности отдѣльныхъ причинъ смерти у врачей въ Западной Европѣ особенно выдѣляются нервныя и душевныя болѣзни, самоубійства, болѣзни печени и діабетъ; низка въ Западной Европѣ смертность врачей отъ болѣзней дыхательныхъ органовъ и туберкулеза. По интенсивности отдѣльныхъ причинъ смертности у русскихъ врачей особенно выдѣляются сыпной тифъ, нервныя и душевныя болѣзни и самоубійства, причемъ интенсивность самоубійствъ среди русскихъ врачей еще значительно выше, чѣмъ среди врачей Западной Европы. Высокая смертность русскихъ врачей зависитъ отъ причинъ профессіональнаго характера, отъ общихъ неблагопріятныхъ условій жизни русскаго населенія вообще и отъ спеціальныхъ неблагопріят-

ныхъ условій жизни и дѣятельности русской интеллигенціи, однимъ изъ составныхъ элементовъ которой и являются врачи.

Исполатовъ (Новороссійскъ) отмѣтилъ, что причина усиленной смертности русскихъ врачей заключается въ беззащитности ихъ въ правовомъ отношеніи; яркой иллюстраціей этого положенія является недавнее самоубійство товарища Кирѣева изъ-за неутвержденія его администраціей.

А. Л. Менциковскій (Спб.): Опытъ вольно-медицинской организаціи для научнаго усовершенствованія врачей. Докладчикъ подробно изложилъ исторію возникновенія и развитія курсовъ, организуемыхъ Обществомъ взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ для научнаго усовершенствованія. По мнѣнію докладчика, каждый университетскій центръ долженъ имѣть такую организацію, которая бы объединяла всѣ ученыя и лечебныя учрежденія, и этимъ путемъ создалась бы необходимая школа для цѣли научнаго усовершенствованія врачей. Всѣ крупныя больничныя учрежденія съ ихъ ученымъ персоналомъ должны быть организованы такимъ образомъ, чтобы служеніе дѣлу научнаго усовершенствованія врачей было одной изъ обязательныхъ ихъ функцій. Дѣло научнаго усовершенствованія врачей должно быть дѣломъ не однихъ врачей, но и городскихъ, земскихъ и другихъ общественныхъ учрежденій. Пироговскій съѣздъ и общество должны взять на себя иниціативу популяризаціи этихъ идей, организаціи подобныхъ обществъ взаимопомощи врачей и объединенія ихъ дѣятельности путемъ созданія всероссійской лиги научнаго усовершенствованія врача.

Якобсонъ привелъ въ примѣръ образцовую постановку берлинскихъ курсовъ; но учиться заграницей трудно и необходимо стремиться къ организаціи этого дѣла и у насъ, но оно не должно быть основано на благотворительности; Павловскій указалъ на то, что потребности провинціальныхъ врачей переросли Еленинскій институтъ; Калантаровъ считаетъ, что обучаться въ Петербургѣ немыслимо, никакого единенія научныхъ силъ въ Петербургѣ нѣтъ. Кромѣ того, въ преніяхъ приняли участіе Стризоверъ, Рафесъ и Файнштейнъ. Собраніе приняло слѣдующее постановленіе: Просить правленіе Пироговскаго Общества разработать къ слѣдующему съѣзду вопросъ о наиболѣе желательной постановкѣ дѣла научнаго усовершенствованія врачей и включить этотъ вопросъ въ число программныхъ будущаго XII съѣзда.

З. И. Тальвикъ (Нарва): Врачи и алкоголь. Указавъ на огромное значеніе врачей, какъ педагоговъ, просвѣтителей общества въ области вопросовъ общественнаго здравоохраненія, докладчикъ обращаетъ вниманіе на то, что врачи, какъ пропагандаторы противоалкогольнаго движенія, не всегда стоятъ на высотѣ: алкоголь, какъ лекарственное средство примѣняется широко, между тѣмъ какъ показанія къ нему въ наукѣ все болѣе съуживаются, алкоголь въ наукѣ не признается пищевымъ веществомъ. Большое значеніе въ борьбѣ съ ложными взглядами публики на алкоголь могли бы имѣть врачи, если бы они часто, къ сожалѣнію, не поддерживали это заблужденіе. Желательно, чтобы врачи-абстиненты сплотились въ одно общество для борьбы съ этими взглядами.

Въ преніяхъ Мендельсонъ (Спб.) поставилъ въ связь доклады Новосельскаго и Тальвика: среди причинъ смертности врачей алкоголь играетъ огромную роль; такимъ образомъ борьба врачей съ алкоголизмомъ вдвойнѣ обязательна—и въ цѣляхъ самосохраненія и въ цѣляхъ охраненія здоровья населенія. Врачи должны отказаться отъ алкоголя; къ этому обязываетъ постъ врача. Въ настоящее время выработанъ проектъ устава врачей-трезвенниковъ. Было бы желательно, чтобы на бу-

дущемъ Пироговскомъ съѣздѣ при секціи общественной медицины была подсекція борьбы съ алкоголизмомъ. Рафесъ (Златоустъ) обращается къ собранію съ воззваніемъ отозваться на этотъ большой и больной вопросъ и принять большее участіе въ борьбѣ съ этимъ зломъ. Рагозинъ указываетъ, что въ развитіи алкоголизма первое мѣсто занимаютъ глубокія причины, и противъ нихъ одной абстиненціей бороться нельзя. Дорфъ (Баку) причинами алкоголизма считаетъ голодъ и безправіе и мѣры борьбы съ нимъ—содѣйствіе широкой культурѣ, полученіе правъ народомъ. Марковъ (Самара) указываетъ, что наряду съ мѣрами культуры необходимы и запретительныя мѣры относительно алкоголя. Собраніе признало желательнымъ, чтобы вопросъ объ алкоголизмѣ, въ виду его громаднаго значенія, былъ поставленъ программнымъ для XII Пироговскаго съѣзда.

А. В. Мольковъ: Докладъ коммиссіи при Пироговскомъ Обществѣ по распространенію гигіеническихъ знаній. За межсъѣздный періодъ 1907—1910 г. дѣятельность коммиссіи развивалась въ прежнемъ направленіи. На условіяхъ дѣятельности коммиссіи не могла не отразиться реакція, придавившая всю русскую жизнь. Листокъ № 13 коммиссіи былъ конфискованъ, частые обыски въ конторѣ, отсутствіе органа для публикаціи своихъ трудовъ немало тормозили дѣятельность коммиссіи. Изъ крупныхъ работъ коммиссіи обращаетъ на себя вниманіе программа преподаванія гигіены въ средней школѣ. За 15 лѣтъ коммиссія издала 750 т. брошюръ и 7 милліоновъ листковъ. Въ заключеніе коммиссія внесла на утвержденіе собранія слѣдующія предложенія: 1) одобрить предположеніе коммиссіи продолжать ея дѣятельность въ прежнемъ направленіи и объемѣ задачъ; 2) выразить пожеланіе о возможно болѣе широкомъ развитіи дѣла популяризаціи гигіеническихъ знаній на мѣстахъ и объ установленіи тѣсной связи мѣстныхъ санитарно-врачебныхъ органовъ съ Пироговской коммиссіей по распространенію гигіеническихъ знаній; 3) признать желательнымъ, чтобы изданіе журнала Пироговскаго Общества возобновилось и чтобы въ немъ отводилось достаточное мѣсто для вопросовъ, связанныхъ съ дѣломъ распространенія гигіеническихъ знаній; 4) выразить признательность учебному отдѣлу общества распространенія техническихъ знаній, въ частности членамъ этого отдѣла: А. Н. Брюхоненко, В. В. Стангинскому, М. П. Потемкину, В. Ю. Ульяниискому и Н. И. Чистякову за дѣятельное участіе въ разработкѣ вопросовъ, связанныхъ съ преподаваніемъ гигіены въ средней школѣ, а также В. С. Костроминой за участіе въ разработкѣ программы по школьной гигіенѣ; 5) почтить вставаніемъ память скончавшихся членовъ коммиссіи В. И. Лебедева, А. А. Никифорова, К. Н. Смирнова и Н. С. Сперанскаго и 6) утвердить положеніе о фондѣ въ память В. И. Лебедева для премированія и изданія популярныхъ листковъ и брошюръ по вопросамъ профессіональной гигіены.

Д. Я. Дорфъ: Отчетъ объ анкетѣ по распространенію гигіеническихъ знаній. Въ ноябрѣ прошлаго года было разослано 600 обращеній, къ 15 февраля получено лишь 95 отвѣтовъ (10 лѣтъ назадъ было получено 136 отвѣтовъ). 17% полученныхъ отвѣтовъ лишь оффиціальная отписка. Отвѣты имѣются изъ 29 земскихъ, 4 неземскихъ и 4 окраинныхъ губерній. Общій выводъ, что дѣло распространенія гигіеническихъ знаній все еще не получило прочнаго развитія на мѣстахъ. Дѣло

ограничивается по большей части безплатной раздачей популярныхъ изданій и эпизодическими чтеніями, главнымъ образомъ по поводу какой-либо эпидеміи, чаще всего холеры. Отовсюду несутся сѣтованія на недостатокъ наглядныхъ пособій. Лишь въ отдѣльныхъ губерніяхъ зарождается новая прочная организація въ этомъ направленіи. Необходима организація мѣстныхъ комитетовъ или обществъ по распространенію гигіеническихъ знаній.

В. В. Сиземскій: Уѣздныя общества распространенія медицинскихъ знаній. Докладчикъ представилъ примѣрный проектъ устава общества распространенія медицинскихъ знаній среди населенія NN уѣзда. Собраніе постановило: 1) высказать пожеланіе объ устройствѣ уѣздныхъ обществъ распространенія медицинскихъ знаній среди населенія; 2) высказать пожеланіе, чтобы проектъ докладчика былъ предложенъ на обсужденіе сан. совѣтовъ, земскихъ врачей и городскихъ санитарныхъ организацій; 3) поручить коммиссіи по распространенію гигіеническихъ знаній расширить, исправить и дополнить проектъ устава къ будущему съѣзду.

Подсекція по реформѣ высшаго медицинскаго образованія.

24 апрѣля (днемъ).

Проф. С. С. Салазкинъ, привѣтствуя собраніе, указалъ, что подсекція по реформѣ высшаго медицинскаго образованія образуется на Пироговскомъ съѣздѣ впервые, и, по всей вѣроятности, будетъ существовать, такъ какъ вопросъ, охватываемый ею, очень обширенъ.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Б. Ф. Вериго (Одесса), почет. секретарями —Ф. Т. Тіояминъ (Юрьевъ) и А. А. Чертовъ (Москва).

Проф. С. С. Салазкинъ: Докладъ состоящей при Пироговскомъ Обществѣ Коммиссіи о реформѣ мед. образованія. Коммиссія была образована согласно постановленію X съѣзда, разсмотрѣла общіе вопросы, имѣющіе практическое значеніе. Коммиссія высказалась за невозможность на медицинскомъ факультетѣ, особенно при условіяхъ русской жизни, проведенія предметной системы преподаванія въ чистомъ видѣ; необходимо, кромѣ установленія извѣстной обязательной послѣдовательности изученія предметовъ, изученіе также барьерныхъ экзаменовъ. Одинъ барьеръ долженъ быть установленъ послѣ прохожденія предметовъ, преподаваемыхъ въ первые два года изученія курса медицинскихъ наукъ; второй барьеръ долженъ предшествовать переходу къ занятіямъ въ клиникахъ (экзамены по общей патологіи, патологической анатоміи, фармакологіи, бактеріологіи, діагностикѣ и общей хирургической патологіи). Лицо, пробывшее на медицинскомъ факультетѣ не менѣе 10 полугодій и сдавшее какъ барьерные экзамены, такъ и экзамены и зачеты по остальнымъ предметамъ курса, получаетъ свидѣтельство о полномъ окончаніи курса медицинскихъ наукъ безъ особаго испытанія. Полученіе этого свидѣтельства никакихъ правъ на самостоятельную врачебную дѣятельность не даетъ; для полученія послѣднихъ необходимо продѣлать

больничный стажъ и затѣмъ сдать государственный экзаменъ. Больничный стажъ долженъ быть годичный и заключаться въ самостоятельной клинической дѣятельности по внутреннимъ и хирургическимъ болѣзнямъ и акушерству. Для больничнаго стажа могутъ быть использованы какъ правительственныя больницы, такъ равно земскія и городскія. Клиникамъ медицинскихъ факультетовъ должно быть также предоставлено это право, но возлагать на нихъ это, какъ обязательство, невозможно. По окончаніи стажа и представленія соотвѣтственнаго свидѣтельства отъ больницы долженъ быть произведенъ государственный экзаменъ, который долженъ заключаться въ клиническомъ испытаніи по внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи и акушерству. Выдержавшій означенное испытаніе получаетъ званіе врача и право на самостоятельную врачебную дѣятельность. Государственные экзаменты должны производиться не менѣе 2 разъ въ году.

Въ курсъ должна быть введена бактеріологія, какъ отдѣльная каѳедра, выдѣлена школьная и профессіональная медицина и т. д. Конечно, всѣ предначертанія можно осуществить при полной автономіи. Медицинскіе факультеты должны быть не только учебныя, но учено-учебныя заведенія.

Студенты Московскаго университета В. С. Соловьевъ и Д. И. Востровъ (делегаты студенческаго Пироговскаго Общества) представили 2 доклада: a) О постановкѣ преподаванія на мед. факультетѣ Московскаго университета. b) О желательныхъ измѣненіяхъ въ области преподаванія медицины. Въ этихъ докладахъ подчеркивается недостаточная подготовленность къ самостоятельной практической дѣятельности, матеріальная необезпеченность факультета, неоплачиваніе труда младшаго преподавательскаго персонала, неудовлетворительная постановка практическихъ занятій, отчужденность между профессорами и студентами и пр.; намѣчаются слѣдующія желательныя перемѣны: внести гласность въ университетскія дѣла, ввести во всѣхъ клиникахъ дежурства съ предоставленіемъ фельдшерскихъ и ординаторскихъ обязанностей, допустить студентовъ къ производству малыхъ операцій и масса другихъ пожеланій въ томъ же родѣ.

К. Ф. Мацѣевскій: a) Моя система выполненія задачъ медицинскаго образованія и отношеніе ея къ нынѣ дѣйствующей системѣ и къ преобразовательному движенію въ различныхъ государствахъ. b) О такъ называемыхъ академическихъ свободахъ, т. е. объ автономіи. Докладчикъ считаетъ причиной неудовлетворительнаго положенія дѣла многопредметность. Медицинская школа подчинена другимъ школамъ и въ ней принципъ системности преобладаетъ надъ принципомъ цѣлесообразности. Практическое изученіе должно быть начато съ 1-го курса. Преподаваніе спеціальныхъ предметовъ ведется по индуктивному методу. Преподавать надо предоставить всякому врачу желающему — свобода преподаванія. Всякій студентъ вправѣ выбирать преподавателя, свобода ученія. Свободный выборъ предметовъ для изученія самимъ

студентомъ нецѣлесообразенъ: студентъ долженъ пользоваться правомъ держать экзамены по любому числу вполнѣ прослушанныхъ имъ предметовъ. Врачъ, успѣшно преподававшій, т. е. имѣвшій слушателей въ теченіе 3 лѣтъ и обладавшій степенью доктора, получаетъ званіе доцента.

Проф. Муратовъ замѣтилъ, что въ докладѣ коммиссіи мало оттѣнено направленіе клиническое; теоретическое преподаваніе является устарѣлымъ и непродуктивнымъ. Что касается доклада студентовъ, то находитъ, что студенты очень требовательны, если не удовлетворяются преподаваніемъ въ одномъ изъ лучшихъ университетовъ—Московскомъ. Проф. Вериго, наоборотъ, считаетъ необходимымъ обстоятельное изученіе теоретическихъ предметовъ; въ докладѣ коммиссіи мало удѣлено вниманія недостаточной подготовкѣ въ среднихъ школахъ. Проф. Разумовскій отмѣтилъ, что у насъ черезчуръ много каѳедръ и ихъ некѣмъ замѣстить. Стажъ нуженъ, докторскій экзаменъ излишенъ. Необходимо поднять научное развитіе преподавателей. Надо привлечь больныхъ врачей къ преподаванію и дать имъ широкій доступъ въ университетъ. Проф. Капустинъ указываетъ, что среднее образованіе не развиваетъ въ учащихся ни привычки, ни настойчивости, ни рвенія къ чистому знанію; поэтому первые годы въ университетѣ пропадаютъ. Предметная система для медицинскаго факультета не примѣнима, ибо медицинское образованіе имѣетъ циклическій характеръ; существующее при курсовой системѣ нѣкоторое принужденіе для насъ русскихъ людей не безполезно. Годъ стажа излишенъ. Врачъ при настоящей подготовкѣ не будетъ вредить больному. Веденіе на помочахъ ведетъ къ отсутствію самостоятельности. Столкновеніе съ практической жизнью—лучшая школа. Григоровичъ считаетъ причиной неудовлетворительной подготовки въ средней школѣ отмѣтки. Проф. Серапинъ находитъ, что студенты-докладчики слишкомъ сгустили краски. Практическая подготовка недостаточна и стажъ необходимъ. Парижскіе врачи, выдерживающіе стажъ, гораздо лучше подготовлены. Въ преніяхъ еще участвовали Менциковскій, Гельвигъ, Розенблатъ Малышевъ.

---

25 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. М. Н. Шатерниковъ (Москва).

Пренія по вопросу о больничномъ стажѣ. Корчакъ-Чепурковскій (Кіевъ) высказывается за сохраненіе status quo. По мнѣнію оппонента, надо было бы выяснить вопросъ—какъ понять стажъ: во время-ли студенчества или послѣ. Онъ полагаетъ, что de facto стажъ существуетъ: кончающіе врачи обычно поступаютъ интернами въ больницы или же такъ назыв. вторыми врачами. Проф. Муратовъ (Томскъ) высказывается за больничный стажъ, причемъ должна быть введена французская, конкурсная система. Оппонентъ также противъ ограниченія количества предметовъ на государственныхъ экзаменахъ. Тишуткинъ (Спб.) предлагаетъ создать связь между медицинскими факультетами и всѣми больничными учрежденіями страны; двери всѣхъ учрежденій должны быть открыты для всѣхъ студентовъ—тогда стажъ окажется излишнимъ. Проф. Салазкинъ (Спб.) высказывается за годичный стажъ въ больницѣ по окончаніи университета. Факультетъ, по его мнѣнію, долженъ давать, главнымъ образомъ, теоретическую подготовку. Далѣе ораторъ за то, чтобы университетъ не давалъ права на практику: должны быть спеціальные государственные экзамены по тремъ клиникамъ по окончаніи больничнаго стажа. Рѣшено вопросъ о стажѣ оставить открытымъ.

По вопросу о взаимоотношеніи между профессорами и студентами. Проф. Муратовъ (Томскъ) утверждаетъ, что de facto съ мнѣніемъ студенчества факультетъ считается и теперь. Студенты, по его мнѣнію, не могутъ участвовать въ выборѣ профессоровъ, они не компетентны въ вопросѣ объ ученой степени того или иного кандидата. По мнѣнію оратора, можно студентовъ только спрашивать, когда рѣчь идетъ о мѣстныхъ доцентахъ. Корчакъ-Чепурковскій, возражая предыдущему оратору, говоритъ, что студенчество не настаиваетъ на томъ, чтобы оно выбирало себѣ профессоровъ, оно требуетъ только, чтобы по столь важному академическому вопросу былъ выслушанъ и ихъ голосъ. Мацѣевскій (Спб.) поддерживаетъ мнѣніе студентовъ. Соловьевъ (Москва), возражая проф. Муратову, приводитъ цѣлый рядъ примѣровъ, когда профессора или назначались, или когда профессорская коллегія «проводила своихъ человѣковъ». Салазкинъ говоритъ, что одно дѣло прислушиваться къ голосу, другое—участіе въ выборахъ; первое, по его мнѣнію, допустимо, второе—вредно:

плохой преподаватель можетъ быть большимъ ученымъ, создающимъ школу. Вопросъ оставленъ открытымъ.

По вопросу объ учрежденіи новыхъ каѳедръ. Проф. Муратовъ за учрежденіе особой каѳедры по бактеріологіи; курсъ по фармаціи и фармакогнозіи, по его мнѣнію, можетъ быть сокращенъ. Проф. Салазкинъ считаетъ излишними каѳедры по частной патологіи и терапіи и общей хирургіи. По вопросу объ ученыхъ степеняхъ. Корчакъ-Чепурковскій (Кіевъ) высказывается противъ обилія ученыхъ степеней. По его мнѣнію, должна быть одна ученая степень, дополнительные экзамены излишни. По вопросу объ удлиненіи учебнаго года. Брюлова (отъ имени слушательницъ Женскаго Медиц. Института) высказывается противъ удлиненія учебнаго года. Продолжительныя каникулы, по ея мнѣнію, необходимы для нуждающихся, такъ какъ они на это время отправляются на заработки. Она скорѣе допускаетъ удлиненіе учебнаго курса (6 лѣтъ). Предлагаетъ вопросъ этотъ рѣшить путемъ анкеты. Явейнъ вполнѣ соглашается съ мнѣніемъ слушательницы Брюловой. Соловьевъ полагаетъ, что большая часть студентовъ лѣтомъ занята въ больницахъ, гдѣ денегъ не получаютъ, стало быть, матеріальная сторона дѣла, по его мнѣнію, здѣсь не можетъ быть принята во вниманіе.

Ф. Т. Тюльпинъ (Юрьевъ): О поликлиникѣ Юрьевскаго университета. Докладчикъ даетъ свѣдѣнія о постановкѣ амбулаторнаго дѣла въ г. Юрьевѣ. Городъ этотъ раздѣленъ на цѣлый рядъ участковъ, находящихся, въ медицинскомъ отношеніи, въ вѣдѣніи медицинскаго факультета. Каждый студентъ-практикантъ получаетъ участокъ, больные котораго находятся подъ его наблюденіемъ. Больные, нуждающіеся въ помощи на дому, ежедневно сообщаютъ свои адреса въ поликлинику, которая распредѣляетъ ихъ среди студентовъ-практикантовъ. Лекарства отпускаются изъ университетской аптеки, причемъ рецепты сперва провѣряются въ терапевтической клиникѣ. Въ сложныхъ случаяхъ со студентами консультируютъ ординаторы врачи поликлиники. Поликлиника, такимъ образомъ, пріучаетъ студентовъ къ настоящей врачебной дѣятельности.

Проф. М. Б. Блаубергъ (Одесса): а) О высшемъ образованіи фармацевтовъ и b) о необходимости устройства отдѣльныхъ фармацевтическихъ отдѣленій при медицинскихъ факультетахъ. Докладчикъ высказывается за безусловную необходимость уничтоженія ученичества и за пересмотръ устарѣвшихъ программъ и за недопустимость совмѣстнаго преподаванія фармаціи и фармакологіи для студентовъ медиковъ и фармацевтовъ.

Проф. Гириновъ и Гизбергъ вполнѣ присоединяются къ мнѣніямъ, высказаннымъ проф. Блаубергомъ. Послѣдній, кромѣ того, настаиваетъ на необходимости измѣненія фармакопеи, выработанной медицинскимъ совѣтомъ въ 1845 г. Въ преніяхъ приняли участіе также Златкинъ, Годзиновскій и Ковалевъ.

Соединенное засѣданіе секцій общественной медицины, гигіены и врачебнаго быта по реформѣ высшаго медицинскаго образованія.

26 апрѣля (вечеромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. В. Корчакъ-Чепурковскій (Кіевъ), секретаремъ—Т. Шабадъ (Вильна).

Д. П. Никольскій: Докладъ подкоммиссіи о введеніи преподаванія общественной медицины на медицинскихъ фа-

культетахъ». Подкоммиссія, разсматривающая труды X Пироговскаго съѣзда по вопросу о преподаваніи медицинскихъ наукъ и пользуясь при этомъ и другими источниками, пришла къ слѣдующимъ выводамъ. Отрицательной стороной современнаго высшаго медицинскаго образованія является его многопредметность, въ силу которой для учащагося становится труднымъ овладѣть всѣмъ цикломъ преподаваемыхъ ему наукъ. Слѣдовало бы поэтому весь курсъ раздѣлить на основные предметы, которые должны быть обязательны для всѣхъ, но объемъ которыхъ долженъ быть зато значительно сокращенъ, и спеціальные, необязательные ни для кого, но съ весьма обширной программой. Такъ какъ огромному большинству врачей уже теперь приходится работать въ общественныхъ организаціяхъ, то слѣдовало бы ввести и общественную медицину; какъ одинъ изъ такихъ необязательныхъ предметовъ, этотъ предметъ надо было бы преподавать на IV-мъ курсѣ (7-й и 8-й семестры); этотъ курсъ долженъ былъ бы имѣть и практическія занятія, для чего слѣдуетъ посылать учащихся на лѣто въ земскія и городскія лечебныя и санитарныя учрежденія. Необходимо ввести курсъ медицинской статистики, какъ предметъ основной, нужный для всѣхъ врачей; при каѳедрѣ гигіены слѣдуетъ ввести спеціальные курсы по гигіенѣ школьной, желѣзнодорожной, морской и т. д. Съ недостаткомъ спеціалистовъ и преподавателей придется считаться, и объ этомъ надо подумать.

А. И. Шингаревъ: О преподаваніи общественной медицины. Какую роль играетъ у насъ теперь общественная медицина, видно изъ того факта, напр., что въ 1907 г. 72% всѣхъ денегъ, израсходованныхъ въ странѣ на медицину, пошло на медицинскія нужды общественныхъ организацій (земскихъ и городскихъ). А между тѣмъ большинство врачей выходитъ изъ университета безъ всякой подготовки по общественной медицинѣ. Нигдѣ въ Европѣ, кромѣ Италіи съ ея коммунальной медициной, нѣтъ такой общественной медицинской организаціи, какъ въ Россіи, а потому давно пора ввести у насъ въ кругъ университетскихъ предметовъ общественную медицину. Послѣдняя занимается выработкой мѣръ, предохраняющихъ отъ заболѣваній, борьбой съ эпидеміями, лучшей организаціей медицинской помощи и т. п., вращаясь при этомъ въ области существующихъ общественно-государственныхъ организацій; соціальная медицина, въ отличіе отъ этого, вращается въ сферѣ соціальныхъ нуждъ и задачъ и составляетъ уже предметъ преподаванія въ нѣкоторыхъ нѣмецкихъ университетахъ. А интересъ къ этому предмету со стороны учащихся очевиденъ, такъ какъ даже въ высшихъ спеціальныхъ учебныхъ заведеніяхъ (въ Спб. политехникумъ) курсъ общественной медицины охотно посѣщается.

В. А. Канель (Москва): О необходимости учрежденія каѳедры соціальной медицины. Докладчикъ указываетъ, что общественная медицина то же, что и соціальная медицина. И то, и другое— наука, изучающая законы здравоохраненія народныхъ массъ.

Связь между условіями общественной жизни и вопросами здравоохраненія стала за послѣднее время настолько многообразной и тѣсной, что изученіе этихъ условій становится необходимымъ въ цѣляхъ болѣе правильнаго пониманія сущности и значенія оздоровительныхъ работъ. Вмѣстѣ съ осуществленіемъ нѣкоторыхъ спеціальныхъ институтовъ (страхованіе рабочихъ, экспертиза увѣчныхъ и т. д.) для врачей открывается новое поприще дѣятельности и необходимо запастись для работы на этомъ поприщѣ новыми знаніями. Особыя условія русской дѣйствительности настойчиво выдвигаютъ вопросы соціальной медицины. Судьбы общественной медицины показываютъ намъ, что нельзя рѣшить вопросъ здравоохраненія массъ, не вмѣшиваясь въ самую гущу жизни. И на школьной скамьѣ будущіе врачи должны получить научное представленіе о томъ, что медицина и жизнь тѣсно связаны между собой, что для предупрежденія заболѣваній необходимы извѣстныя соціальныя условія. Научная правда требуетъ, чтобы общественная жизнь выяснилась въ университетахъ въ свѣтѣ медицинскихъ знаній. Поэтому учрежденіе каѳедръ по соціальной медицинѣ является въ настоящее время настоятельной потребностью.

Д. П. Никольскій (Спб.): **Профессіональная гигіена, какъ предметъ преподаванія для врачей.** Докладчикъ находитъ, что многія отрасли труда оказываютъ специфическое вліяніе на здоровыхъ рабочихъ, вслѣдствіе чего каждый врачъ долженъ быть знакомъ съ профессіональной гигіеной. Профессіональная гигіена давно уже преподается въ высшихъ техническихъ учебныхъ заведеніяхъ, только на медицинскомъ факультетѣ она до сихъ поръ не составляетъ предмета преподаванія.

Яковенко (Херсонъ) находитъ, что слѣдуетъ дѣлать различіе между соціальной гигіеной и соціальной медициной, первая отчасти уже преподается въ нѣкоторыхъ медицинскихъ факультетахъ, вторая до сихъ поръ еще не стала предметомъ преподаванія. Сызсмскій (Москва) предлагаетъ организовать особые курсы по общественной медицинѣ для желающихъ спеціализироваться по этому предмету. Что же касается студентовъ-медиковъ вообще, то они и безъ того обременены обиліемъ чисто медицинскихъ предметовъ. Тарасенко (Харьковская губ.) полагаетъ, что общественная медицина не можетъ быть удѣломъ спеціалистовъ; она только можетъ внести живой духъ въ мертвый университетъ и въ то же время дать будущимъ земскимъ врачамъ орудіе для борьбы съ реакціонными теченіями въ земствѣ. Гранъ (Спб.), подчеркивая необходимость преподаванія общественной медицины, предлагаетъ покамѣстъ рѣшить этотъ вопросъ принципіально, не вдаваясь въ споры о программѣ. Астраханъ (Москва) предлагаетъ обязательно ввести курсъ общ. медицины даже въ томъ случаѣ, если бы пришлось урѣзать какой-нибудь другой предметъ. Игумновъ (Харьковъ) указываетъ на то, что общественная медицина такая же наука, какъ всѣ прочія, почему и должна быть преподаваема.

Постановленіе собранія: 1. Принять предложеніе подсекціи Пироговскаго Общества по реформѣ высшаго медицинскаго образованія о необходимости: 1) организаціи самостоятельнаго курса санитарной статистики съ практическими занятіями и 2) курса общественной медицины обязательнаго для прочтенія, но не обязательнаго для слушанія. 2. Признать весьма желательнымъ, теперь же, не дожидаясь общей реформы медицинскаго образованія, организацій цикла лекцій приватъ-доцентовъ по общественной медицинѣ на медицинскихъ факультетахъ университетовъ и другихъ высшихъ медицинскихъ учебныхъ заведеній. 3. Признать необходимымъ, чтобы въ курсѣ общественной медицины предусматривались отдѣлы соціальной и профессіональной гигіены.

С. С. Салазкинъ: Докладъ коммиссіи о реформѣ высшаго медицинскаго образованія по вопросу о частныхъ высшихъ медицинскихъ курсахъ. Коммиссія полагаетъ, что высшіе медицинскіе курсы должны быть изъяты изъ рукъ частныхъ предпринимателей, преслѣдующихъ исключительно коммерческія цѣли. Курсы должны быть либо правительственные, либо общественные, либо филантропическіе и при этомъ достаточно матеріально обезпеченные.

Гранъ полагаетъ, что въ условіяхъ современной русской дѣйствительности рано ставить преграды частной иниціативѣ. Мацієвскій (Спб.) такого же мнѣнія. Проф. Шатерниковъ и Вериго поддерживаютъ заключеніе коммиссіи, говоря, что частные медицинскіе курсы въ большинствѣ случаевъ лишены возможности дать соотвѣтственныя знанія учащимся. Проф. Бехтеревъ высказывается противъ ограниченія частной иниціативы въ области высшаго образованія, находя только нужнымъ подчинить ихъ общественному контролю. Необходимо, кромѣ того, позаботиться о допущеніи женщинъ во всѣ высшія учебныя заведенія. Проф. Ростовцевъ (Юрьевъ) отстаиваетъ необходимость существованія въ данное время частныхъ высшихъ курсовъ. По предложенію Грана принимается слѣдующая резолюція: Запросы на высшее медицинское образованіе должны въ полной мѣрѣ удовлетворять государство, но при настоящихъ условіяхъ не должна парализоваться и частная иниціатива, если она не преслѣдуетъ коммерческихъ цѣлей. Къ этой резолюціи присоединено и предложеніе проф. Бехтерева о допущеніи женщинъ во всѣ высшія медицинскія школы.

Подсекція по вопросу о реформѣ средняго и низшаго медицинскаго образованія.

22 апрѣля (утромъ).

Засѣданіе было открыто завѣдующимъ прив.-доц. Г. Ю. Явейномъ, который указалъ, что подсекція организовалась всего 6 недѣль назадъ спѣшно по предложенію предсѣдателя организаціоннаго комитета.

Почетнымъ предсѣд. избирается проф. М. Б. Блаубергъ (Одесса), поч. секретаремъ—М. Т. Алексѣевъ (Харьковъ).

М. Т. Алексѣевъ (Харьковъ): Задачи фельдшерско-акушерской школы и ея типъ. Выразивъ сожалѣніе по поводу того, что при обсужденіи вопроса о фельдшерахъ нѣтъ самихъ фельдшеровъ, докладчикъ остановился на характеристикѣ школъ, выпускающихъ младшій медицинскій персоналъ. Не говоря уже о военныхъ фельдшерскихъ школахъ, постановка крайне неудовлетворительна и въ частныхъ, и въ земскихъ школахъ. Необходимо поднять уровень фельдшерскаго образованія, а не упрощать полученіе фельдшерскаго званія, какъ это дѣлаетъ медицинскій совѣтъ въ своихъ послѣднихъ циркулярахъ. Фельдшерская работа требуетъ большихъ довольно знаній. За 1907 годъ зарегистрировано до 33,5 % всѣхъ больныхъ фельдшерскимъ персоналомъ,—врачами 66,5 %, причемъ въ неземскихъ губ. фельдшерская помощь была оказана 45,4 %, земскихъ—31,4 %, Привислянскихъ губ.—2,6 %, Кавказъ—46,4%, Сибирь—43,0%. Фельдшерскія школы выпускаютъ ежегодно большое количество фельдшеровъ и фельдшерицъ. Въ 1907 г. окончило курсъ въ фельдшерскихъ школахъ 774 учащихся, въ фельдшерско-повивальныхъ—350 человѣкъ; всего, стало быть, 1124 человѣка.

Проф. Г. Ю. Явейнъ (Спб.): О типахъ фельдшерскихъ школъ. Необходимо повысить общеобразовательный цензъ для поступленія въ фельдшерскія школы: съ 2-классн. minimum на 4-классный. Въ школахъ же, гдѣ преподаются общеобразовательные предметы, можно ограничиться 2-класснымъ цензомъ. Ходатайство фельдшеровъ о пріемѣ ихъ на медицинскій факультетъ не на общихъ основаніяхъ не можетъ быть уважено; что же касается особыхъ льготъ при поступленіи фельдшеровъ дѣйствительными студентами на медицинскій факультетъ, то это должно быть всецѣло предоставлено компетенціи университетскихъ совѣтовъ. Фельдшерская школа должна постепенно приближать свой курсъ къ курсу медицинскихъ факультетовъ. Образцомъ должны служить Рождественскіе курсы въ С.-Петербургѣ и Екатерининскіе въ Москвѣ. Школьнымъ врачамъ надо предоставить право прописывать лекарства, окончившимъ же такія образцовыя школы, какъ Рождественскія или Екатерининскіе курсы, надо сверхъ того выдавать дипломы лекарскихъ помощниковъ. Частнымъ лицамъ должно только въ исключительныхъ случаяхъ предоставить право на открытіе школъ. Школы должны быть при больницахъ, лучше всего въ университетскихъ городахъ. Въ Англіи повсюду при больницахъ школы, въ одномъ Лондонѣ 15 медицинскихъ факультетовъ. Въ тотъ день, когда послѣдняя фельдшерская школа превратится въ медицинскій факультетъ, съ фельдшеризмомъ навсегда будетъ покончено.

П. Ф. Кудрявцовъ (Вологда): Докладъ особой коммиссіи Вологодскаго Общества врачей о реорганизаціи фельдшерскихъ школъ въ средне-медицинскія. Исторія развитія земской медицины показываетъ, какъ ростетъ сѣть врачебныхъ пунктовъ насчетъ фельдшерскихъ. Болѣе быстрому росту обезпеченія населенія врачебной помощи мѣшало существующее соотношеніе матеріальныхъ и общественно-политическихъ силъ; но при малѣйшемъ улучшеніи общихъ условій экономическихъ и общ. политическихъ, напр. при проведеніи въ жизнь мелкой земской единицы, нужно ожидать быстраго прогресса врачебной сѣти участковъ и потому окончательнаго уничтоженія фельдшеризма, какъ формы медицинской помощи. Нельзя ничего имѣть противъ улучшенія программы фельдшерскихъ школъ, противъ повышенія общеобразовательнаго ценза, доводя его постепенно до 4-класснаго — врачамъ нужны культурные помощники. Но нельзя согласиться съ предоставленіемъ фельдшерамъ самостоятельности въ дѣлѣ оказанія медицинской помощи. Предоставленіе имъ свободы вольной практики отвлечетъ огромный контингентъ фельдшеровъ изъ деревень въ города, здѣсь создастъ много треній и большую путаницу. Ростъ количества фельдшеровъ никогда не догонитъ роста количества врачей; зз 1906 годъ окончило около 600 человѣкъ, врачей же за послѣдніе годы въ среднемъ около 1000. Реорганизація фельдшерскихъ школъ можетъ выразиться только въ единствѣ спеціальной ихъ программы и въ единствѣ повышенія общаго образованія поступающихъ въ нее лицъ. Такія школы, какъ Рождественская

и Екатерининская, лучше преобразовать въ высшіе женскіе медицинскіе институты. На Западѣ давно покончили съ институтомъ полулекарей, вреднымъ во всѣхъ отношеніяхъ; и нами уже многое сдѣлано въ этой области; вернуться назадъ преступно.

Кансль (Москва) считаетъ, что Россія еще долгое время будетъ нуждаться въ фельдшерской помощи. По отчету управленія главнаго врачебнаго инспектора видно, что за одинъ только 1906 годъ фельдшерами оказано 22 милліона пособій! Необходимо озаботиться о правильной научной постановкѣ дѣла въ фельдшерскихъ школахъ, а потому было бы желательно всѣ доклады представить имѣющему быть въ августѣ мѣсяцѣ съѣзду фельдшеровъ и преподавателей въ фельдшерскихъ школахъ. Кулишеръ (Кіевъ) также считаетъ, что необходимо создать одинъ типъ школы, кромѣ того областные фельдшерскіе институты въ университетскихъ городахъ. Іоновъ (Самарская губ) высказывается за пониженіе общеобразовательнаго ценза до 2-хъ классовъ, чтобы дать доступъ въ фельдшерскія школы крестьянскимъ дѣтямъ; кромѣ того необходимо создать нѣсколько областныхъ школъ высшаго типа, откуда можно было бы переходить на медицинскіе факультеты, какъ это практикуется въ агрономическихъ школахъ. Орловъ (Москва) указываетъ на то, что населеніе все больше и больше научается различать между фельдшеромъ и врачемъ и тамъ, гдѣ это возможно, требуетъ образованія врачебныхъ пунктовъ. Въ Курской губ. тратилось ежегодно 9000 рублей на разъѣзды фельдшеровъ. На эти деньги устраиваются теперь врачебные пункты. Обученіе каждаго фельдшера обходится земству въ 3000 рублей! Цифры д-ра Канеля относятся къ 1906 году, когда много врачей было на войнѣ. При улучшеніи финансовой системы у насъ найдутся деньги, чтобы обезпечить большую часть русскаго населенія врачебной помощью. Реорганизовать фельдшерскія школы значитъ укрѣплять временный, по необходимости, когда-то нами заведенной, институтъ полулекарей. Рождественскіе и Екатерининскіе курсы не могутъ служить образцомъ; большинство кончающихъ эти курсы въ деревню не идутъ. Блаубергъ (Одесса) также высказывается противъ предоставленія права фельдшерамъ прописывать лекарства. Въ преніяхъ, кромѣ того, приняли участіе Павловскій, Соболевскій, Воскресенскій, Швейцеръ, Стутневичъ и Литкенсъ.

Постановлено передать доклады въ правленіе Пир. Общества съ просьбой образовать коммиссію, которая занялась бы вопросомъ о реформѣ средняго и низшаго медицинскаго образованія и окончила бы свои работы къ августу мѣсяцу для представленія фельдшерскому съѣзду.

25 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ П. Т. Нейштубе (Кіевъ).

Г. Л. Рогинскій (Москва): **Необходимость введенія обязательнаго преподаванія венерологіи въ акушерскихъ школахъ.** Докладчикъ на основаніи цѣлаго ряда статистическихъ данныхъ доказываетъ, что наибольшій процентъ такъ назыв. профессіональнаго зараженія венерическими болѣзнями падаетъ на акушерокъ. Докладчикъ выставляетъ слѣдующія положенія: 1) Акушерка должна знать венерологію въ интересахъ личной профилактики. 2) Акушерка должна знать перелой, какъ источникъ безплодія и болѣзней у новорожденнаго. 3) Акушерка должна знать перелой, такъ какъ болѣзнь эта неблагопріятно вліяетъ на тѣ періоды въ жизни женщины, когда она подлежитъ вниманію и наблюденію акушерки. 4) Акушерка должна изучить сифилисъ, какъ факторъ выкидышей, рожденія недоношенныхъ плодовъ, дѣтей больныхъ сифилисомъ по существу или же съ явленіями дистрофіи и дегенераціи. 5) Акушерка должна умѣть осматривать новорожденныхъ по отношенію къ сифилису въ интересахъ здоровья дѣтей, ихъ окружающихъ и кормилицъ. 6) Акушерка должна умѣть осматривать кормилицу спеціально

по отношенію къ сифилису и 7) акушерка должна быть знакома съ тѣми болѣзнями, по поводу которыхъ женщина чаще и охотнѣе обращается за совѣтомъ и помощью къ лицамъ женскаго медицинскаго персонала. Докладчикъ предлагаетъ возбудить ходатайство въ правящихъ сферахъ о скорѣйшемъ введеніи въ программу акушерскихъ школъ венерологіи, какъ обязательнаго предмета. Для выработки программы должна быть образована коммиссія изъ венерологовъ, акушеровъ и педіатровъ, земскихъ врачей и представителей отъ педагогическихъ совѣтовъ акушерскихъ школъ.

Проф. Блаубергъ (Одесса) ничего не имѣетъ противъ предложеній докладчика, только сомнѣвается въ возможности практическаго проведенія ихъ въ жизнь. Цирульскій (Кіевъ) не понимаетъ, почему венерическимъ болѣзнямъ надо дать предпочтеніе передъ другими инфекціонными болѣзнями. Правильнѣе было бы вообще предоставить проведеніе родовъ лицамъ, имѣющимъ настоящее медицинское образованіе. Гловацкій согласенъ съ Цирульскимъ,—частичное улучшеніе преподаванія въ низшихъ школахъ дѣлу не поможетъ. Надо разъ навсегда установить 2 типа медицинскихъ школъ: высшія и среднія школы съ теоретическими и практическими занятіями. Кулишеръ (Кіевъ) полагаетъ, что нѣтъ надобности ввести венерологію въ курсъ акушерскихъ школъ, такъ какъ de facto большинство окончившихъ акушерскія школы переходятъ затѣмъ въ акушерско-фельдшерскія школы, гдѣ венерологія преподается. Проф. Явейнъ предлагаетъ уничтожить институтъ акушерокъ 2-го разряда. Нейштубе (Кіевъ) противъ предложенія Явейна: 98% роженицъ не въ состояніи воспользоваться акушерской помощью, акушерки 2-го разряда пока необходимы; во всякомъ случаѣ предлагаетъ подождать рѣшенія по этому вопросу акушерской секціи. Сулима (Спб.) присоединяется къ предложенію проф. Явейна: акушерки 2-го разряда пользы населенію мало приносятъ, такъ какъ большинство изъ нихъ въ деревню не уѣзжаютъ, а остаются въ городахъ. Рѣшено единогласно: 1) ввести курсъ венерологіи въ акушерскія школы и 2) секція высказывается за упраздненіе института повивальныхъ бабокъ 2-го разряда.

А. Б. Лесневская (Спб.): Къ вопросу о реформѣ фармацевтическаго образованія. Фармацевтическаго образованія въ Россіи, по мнѣнію докладчицы, нѣтъ; учатся въ аптекѣ. Условія аптечной жизни мѣшаютъ теоретической и раціональной подготовкѣ по рецептурѣ. Къ концу 3 лѣтняго стажа фармацевты, въ большинствѣ случаевъ, такіе же профаны, какъ и до этого. Въ университетѣ они пасынки, правильныхъ занятій тамъ нѣтъ, многіе поэтому только числятся въ университетахъ, а живутъ въ другихъ городахъ. Докладчица предлагаетъ: 1) уничтожить ученичество въ аптекахъ, 2) повысить общеобразовательный цензъ фармацевтовъ, 3) открыть спеціальныя низшія и высшія школы и 4) расширить требованія, предъявляемыя при испытаніи на помощника провизора.

Проф. М. Б. Блаубергъ (Одесса): По вопросу о безусловной необходимости уничтоженія въ аптекахъ ученичества и программы фармацевтическихъ школъ. Докладчикъ повторилъ въ основныхъ чертахъ свой докладъ, сдѣланный въ подсекціи по реформѣ высшаго образованія.

Докладъ Общества фармацевтовъ военнаго и морского вѣдомствъ по вопросу о реформѣ фармацевтическаго образованія. Мнѣніе общества фармацевтовъ названныхъ вѣдомствъ сводится къ слѣдующимъ положеніямъ: 1) Отъ лицъ, желающихъ посвятить себя изученію фармаціи, необходимо требовать окончанія классической гимназіи или реальнаго училища съ дополнительнымъ экзаменомъ по латинскому

языку. 2) Програма спеціальнаго образованія фармацевтовъ должна быть расширена, причемъ теоретическіе предметы могутъ быть проходимы на медицинскихъ факультетахъ совмѣстно со студентами-медиками. 3) Званіе аптекарскаго помощника должно быть уничтожено и замѣнено званіемъ ассистента фармаціи для лицъ, прослушавшихъ полный курсъ фармацевтическихъ наукъ; степень провизора замѣнить степенью кандидата фармаціи, каковая степень получится ассистентами фармаціи послѣ ихъ двухлѣтняго пребыванія въ аптекѣ и послѣ выдерживанія особаго экзамена при медицинскомъ факультетѣ. 4) Права кандидата фармаціи должны быть приравнены къ правамъ лицъ, окончившихъ другіе факультеты.

Ковалевъ присоединяется къ мнѣнію послѣдняго докладчика; онъ только сомнѣвается въ томъ, что лица, окончившія среднія учебныя заведенія, пойдутъ въ аптеку. Салтыковъ (Москва) присоединяется къ мнѣнію докладчиковъ о необходимости уничтоженія ученичества, въ остальномъ соглашается съ послѣднимъ докладчикомъ. Глейзеръ (Москва) возражаетъ Лесневской. Недостатки современной аптеки, по его мнѣнію, сильно преувеличены; неправильно утвержденіе, будто ученикъ, поработавшій 3 года въ аптекѣ, не имѣетъ ни малѣйшаго представленія о приготовленіи лекарствъ. Блаубергъ (Одесса) протестуетъ противъ выраженія «аптечное искусство», часто употребляемаго оппонентами: «принципомъ должно служить не lege artis, a lege scientiae». Куркутовъ (Новгородъ) также противъ ученичества, часто замѣчается абсентеизмъ учениковъ въ аптекахъ; они только приписаны, за что аптекаря получаютъ деньги. Фармацевтическія школы должны быть правительственныя или общественныя, но отнюдь не частныя. Фрейманъ (Москва) указалъ, что всѣ отрасли интеллигентскаго труда знаютъ помощниковъ: инженерное дѣло, врачебное дѣло и т. д., должны быть также низшія фармацевтическія школы. Рѣшено передать вопросъ въ спеціальную коммиссію при Пироговскомъ Обществѣ.

27 апрѣля (утромъ).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ П. Н. Булатовъ (Спб.).

В. Л. Мартыновскій (Спб.): Къ статистикѣ среднихъ и низшихъ медицинскихъ школъ. Докладчикъ, на основаніи цѣлаго ряда статистическихъ данныхъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Наиболѣе молодой возрастъ въ мужскихъ фельдшерскихъ школахъ. 2) Наивысшій уровень образованія въ фельдшерскихъ женск. и зубоврачебныхъ школахъ, наинизшій въ мужскихъ фельдш. школахъ. 3) 1½ милліона рублей тратится ежегодно на среднее и низшее образованіе. По мнѣнію докладчика, въ этой области нужны коренныя реформы.

Ф. А. Звѣржховскій (Спб.): Къ вопросу о реформѣ зубоврачебнаго образованія. Докладчикъ, критикуя постановку дѣла въ существующихъ нынѣ зубоврачебныхъ школахъ, выставляетъ слѣдующія положенія: 1) Зубоврачебное дѣло должно быть сосредоточено въ медицинскихъ факультетахъ. 2) Необходимо учредить при медицинскихъ факультетахъ особые зубоврачебные институты, доступъ въ которые долженъ быть предоставленъ лишь лицамъ съ законченнымъ среднимъ образованіемъ. 3) Зубоврачебнымъ институтамъ долженъ быть приданъ типъ высшаго учебнаго заведенія, окончившимъ курсъ въ нихъ предоставлено право полученія степеней магистра и доктора одонтологіи. 4) Преподаваніе по теоретическимъ предметамъ должно происходить въ медицинскихъ факультетахъ, практическое—въ институтахъ.

Лаврентьевъ (представитель Общества зубныхъ врачей въ Пет.): О желательной постановкѣ зубоврачебнаго образованія. До-

кладчикъ выставляетъ тѣ же положенія, что и предыдущій докл., присовокупляя только слѣдующее пожеланіе, чтобы врачамъ-медикамъ было бы предоставлено право практики по зубнымъ болѣзнямъ только послѣ выдержанія особаго экзамена при зубоврачебныхъ институтахъ.

Гауфманъ (предст. Спб. Одонтологическаго Общества): О зубоврачебныхъ школахъ. Докладчикъ выставляетъ слѣдующія положенія: 1) Правительство въ дѣлѣ подготовки зубныхъ врачей заняло издавна позицію исключительно регламентатора, предоставивъ это дѣло частнымъ лицамъ. 2) Срокъ обученія недостаточенъ. 3) Необходимъ контроль правительства. 4) Необходимо разграничить зубоврачебную науку и технику. 5) Необходимо, чтобы при выработкѣ реформы зубоврачебнаго дѣла были приглашены зубные врачи.

Тишуткинъ (Спб.): Объ улучшеніи въ постановкѣ зубоврачебнаго дѣла въ Россіи. Докладчикъ считаетъ необходимымъ образованіе особыхъ зубоврачебныхъ институтовъ, по примѣру ветеринарныхъ, но онъ противъ того, чтобы соединить ихъ съ медицинскими факультетами. Совмѣстное преподаваніе для студентовъ-медиковъ и учащихся въ зубоврачебныхъ институтахъ повлечетъ за собою, по его мнѣнію, неурядицы среди студентовъ и потребуетъ со стороны университетовъ большихъ затратъ для расширенія лабораторіи и устройства спеціальныхъ клиникъ. Докладчикъ ничего не имѣетъ противъ частной иниціативы въ этомъ дѣлѣ, онъ только требуетъ контроля для частныхъ зубоврачебныхъ институтовъ со стороны медицинскихъ факультетовъ. Докладчикъ далѣе предлагаетъ создать лабораторіи по дентіатріи и зубной техникѣ при всѣхъ медицинскихъ факультетахъ для тѣхъ студентовъ-медиковъ, которые пожелаютъ спеціализироваться по зубоврачеванію.

Гинзбургъ (Москва) высказывается противъ существованія частныхъ зубоврачебныхъ школъ. Марголинъ (Одесса) полагаетъ, что лучше имѣть хорошихъ зубныхъ врачей, чѣмъ врачей съ плохой подготовкой по зубнымъ болѣзнямъ. Оппонентъ далѣе предлагаетъ удлинить срокъ обученія въ зубоврач. школахъ до 4 лѣтъ. Ловичъ (Спб.) и Цирульскій (Кіевъ) высказываются противъ учрежденія отдѣльныхъ зубоврачебныхъ институтовъ. Зубоврачеваніе, по ихъ мнѣнію, такая же отрасль медицины, какъ и офтальмологія, ларингологія и др. Надо ввести въ университетскій курсъ преподаваніе по зубнымъ болѣзнямъ; этимъ мы дадимъ возможность и сельскому населенію воспользоваться успѣхами, достигнутыми въ области дентіатріи. Въ настоящее время, по мнѣнію оппонентовъ, земство совершенно не пользуется услугами зубныхъ врачей, такъ оно не въ состояніи содержать врачей, фельдшеровъ и зубныхъ врачей. Рабиновичъ высказывается также за передачу зубоврачебнаго дѣла въ руки медицинскихъ факультетовъ при условіи обязательнаго учрежденія особой каѳедры по дентіатріи и лабораторіи по зубной техникѣ. Въ преніяхъ принимали участіе также Кулишеръ, Добковичъ, Юргенсъ, Явейнъ и Ковалевъ. По предложенію Булатова принимаются слѣдующія положенія, которыя должны быть переданы въ особую коммиссію подъ предсѣдательствомъ проф. Тишуткина: 1) Признать необходимымъ увеличеніе числа медицинскихъ факультетовъ и допущенія въ нихъ лицъ обоего пола. 2) Признать необходимымъ безотлагательное учрежденіе при медицинскихъ факультетахъ каѳедръ по зубнымъ болѣзнямъ. 3) Признать въ идеалѣ допустимымъ, чтобы зубоврачеваніемъ занимались только врачи-медики. 4) Необходимо реформированіе зубоврачебныхъ школъ въ зубоврачебные институты съ правами высшихъ учебныхъ заведеній. 5) Установить 4-лѣтній курсъ въ зубоврачебныхъ институтахъ и 6) установить предварительный цензъ въ объемѣ среднихъ учебныхъ заведеній.

Соединенное засѣданіе всѣхъ секцій.

26 апрѣля (днемъ).

Предсѣдательствовалъ почетный предсѣдатель съѣзда Ф. А. Рейнъ.

В. А. Дагилайскій (Каменецъ Подольскъ) довелъ до свѣдѣнія собранія объ открытіи всероссійской подписки на устройство въ г. Винницѣ, Подольской губ., больницы въ память столѣтія со дня рожденія Н. И. Пирогова. Иниціатива этого дѣла исходитъ отъ Винницкаго Общества врачей; предложеніе встрѣтило сочувствіе со стороны мѣстныхъ общественныхъ дѣятелей. Дѣло взялъ въ свои руки Подольскій губернскій земскій комитетъ по дѣламъ мѣстнаго хозяйства, онъ взялъ на себя дополнить средства, собранныя для этой цѣли по подпискѣ съ цѣлью построить зданіе, достойное имени Н. И. Пирогова. Подольскій губернскій комитетъ обращается къ съѣзду съ просьбой своимъ авторитетнымъ словомъ оказать большую моральную поддержку дѣлу, которое всегда будетъ служить напоминаніемъ о тѣхъ высокихъ идеалахъ служенія ближнему, которые были такъ дороги сердцу Н. И. Пирогова.

Предложеніе принято собраніемъ очень сочувственно.

Проф. А. А. Кадьянъ сдѣлалъ сообщеніе отъ имени коммиссіи, избранной на первомъ общемъ собраніи, по вопросу объ измѣненіи устава Общества. По этому вопросу Правленіемъ Общества былъ представленъ подробный докладъ съѣзду съ проектомъ устава всероссійскаго общества врачей въ память Н. И. Пирогова, выработанный правленіемъ и избранной на X съѣздѣ коммиссіей. Сущность проектируемыхъ коренныхъ измѣненій въ строѣ Пироговскаго Общества сводится къ слѣдующему: существенно расширены цѣли Общества включеніемъ пункта объ улучшеніи условій труда и быта врачей и объ организаціи товарищеской взаимопомощи, для чего могутъ быть основываемы пенсіонныя и иныя кассы, открываемы санаторіи, пріюты, потребительныя лавки, организуемо посредничество по пріисканію мѣста, учреждаемы суды чести, третейскіе суды и пр. Общество преобразуется въ широкую сплоченную федеративнаго характера профессіональную организацію съ постояннымъ составомъ членовъ. Разносторонность задачъ, преслѣдуемыхъ Обществомъ, облегчаетъ для него возможность объединить въ общее организованное цѣлое всѣхъ членовъ врачебной корпораціи. Согласно положеннымъ въ основу проекта принципамъ децентрализаціи и свободнаго развитія общественной самодѣятельности, Общество имѣетъ отдѣленія на мѣстахъ, автономныя, располагающія собственными средствами, пользующіяся правомъ иниціативы въ возбужденіи вопросовъ и посылающія своихъ представителей на ежегодныя делегатскія собранія для обсужденія всѣхъ дѣлъ организаціоннаго и административно-хозяйственнаго значенія. Общество періодически устраиваетъ съѣзды врачей, общіе и спеціальные, въ которыхъ могутъ принимать участіе на равныхъ правахъ всѣ врачи, какъ члены общества, такъ и не члены. Всѣ постановленія такихъ съѣздовъ,

требующія практическаго движенія, передаются на разсмотрѣніе общаго собранія членовъ Общества, которое производитъ также и выборы всѣхъ исполнительныхъ органовъ Общества. Правленіе внесло на рѣшеніе съѣзда слѣдующія предложенія: 1) разсмотрѣть и утвердить выработанныя правленіемъ основныя положенія устава Всероссійскаго Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова; 2) поручить правленію, руководясь этими основными положеніями, составить уставъ и внести его на утвержденіе установленнымъ порядкомъ.

Коммиссія изъ 15 членовъ, избранная на первомъ общемъ собраніи съѣзда (см. стр. 5), не входя въ разборъ представленнаго правленіемъ Общества проекта измѣненій въ уставѣ, единогласно пришла къ рѣшенію, что передѣлка устава Пироговскаго Общества, при настоящихъ политическихъ и общественныхъ условіяхъ, несвоевременна и что ее слѣдуетъ отложить до болѣе удобнаго момента.

Въ преніяхъ Вигдорчикъ (Спб.) указалъ на отсутствіе мотивировки въ постановленіи коммиссіи; глухая ссылка на политическія и общественныя условія ничего не выясняетъ; многіе именно думаютъ, что эти условія указываютъ на необходимость перемѣны устава. Проф. Салазкинъ (Спб.) указалъ, что коммиссія исходила изъ соображеній чисто практическихъ; въ настоящее время нѣтъ никакихъ надеждъ, что уставъ—болѣе или менѣе пріемлемый для Пироговскаго Общества—будетъ утвержденъ, Дмитріевъ (Спб.) также считаетъ, что въ настоящее переходное время надо сохранить Пироговское Общество и Пироговскіе съѣзды; при нынѣшней перетасовкѣ политическихъ партій не время мѣнять уставъ, разъединять врачей. Если нуженъ союзъ и онъ имѣетъ шансы на успѣхъ, пусть онъ образуется безъ уничтоженія Пироговскаго Общества Игумновъ (Харьковъ) противъ измѣненія устава на тѣхъ же основаніяхъ, которыя онъ высказывалъ на IX съѣздѣ. Пироговское Общество не изжило себя, и нѣтъ данныхъ для уничтоженія его съ цѣлью создать на мѣстѣ его новое на новыхъ началахъ. Пироговское Общество въ своихъ широкихъ рамкахъ объединяетъ и науку, и практику, и общественныхъ дѣятелей. Если есть упадокъ въ его дѣятельности, то оно показатель общественнаго настроенія, ибо почерпаетъ его въ широкихъ кругахъ общества. И нѣтъ Обществу основаній посылать зарапѣе прошеніе объ отставкѣ. Пироговское Общество объединяетъ врачей всякаго калибра, всякаго настроенія—и врачей, имѣющихъ министерскіе портфели, и врачей, получающихъ отъ мин. вн. дѣлъ командировки на казенный счетъ на Дальній Востокъ. Если правленіе теперь не можетъ пользоваться силами врачей; то какая гарантія, что это будетъ имѣть мѣсто при перемѣнѣ устава; препятствія не внутри Общества. Вегеръ (Уфа) стоитъ за перемѣну устава. Настоящій съѣздъ лучше всего показываетъ, что всѣ слова объ объединяющемъ значеніи Пироговскихъ съѣздовъ для настоящаго момента фикція; на съѣздѣ нѣтъ настроенія, нѣтъ внутренняго цемента. Пироговское Общество больно, и его исцѣлить можно только усиленіемъ работы на периферіи, созданіемъ тамъ постоянныхъ организацій. Ссылка на переходное время неправильна; если переходное время длится слишкомъ долгое время, то наступаетъ прострація, смерть. Дурново (Баку) считаетъ указанія на необходимость организаціи и связи на мѣстахъ проблематичными; фактическаго осуществленія эти мечты имѣть не будутъ. Не Пироговское Общество больно, а больна страна. Кащенко (Спб.) по поводу боязни, что новый уставъ не утвердятъ, сослался на утвержденіе союза русскихъ психіатровъ, указалъ, какъ на характерный фактъ, что въ засѣданіи присутствуетъ немногимъ только болѣе половины членовъ съѣзда при рѣшеніи такого крупнаго вопроса. Васильевскій (Баку) указалъ, что по поводу перемѣны устава необходимы заключенія мѣстныхъ организацій; если нѣтъ настроенія на съѣздѣ, то его нѣтъ и на мѣстахъ; нѣтъ на мѣстахъ и данныхъ для организаціи отдѣленій. Не уставомъ созидаются организаціи, а въ предѣлахъ существующаго устава возможно развитіе мѣстной дѣятельности. Корчакъ-Чепурковскій (Кіевъ) высказывается въ томъ же смыслѣ, что существующій уставъ не мѣшаетъ Обществу развивать свою дѣятельность. Гавриловъ (Самара) обращаетъ вниманіе на то, что и тѣ, которые настаиваютъ на перемѣнѣ устава, не внесли оживленія и бодрости на съѣздѣ, не внесутъ они этого и при измѣненіи устава. Были другія времена, была другая работа организаціоннаго характера, что-то виднѣлось впереди, на что-то надѣялись; теперь врачи за-

валены работой въ участкахъ, надеждъ нѣтъ, и въ подавленномъ уже состояніи они явились на съѣздъ. Гранъ (Спб.) предлагаетъ воздержаться по вопросу объ уставѣ; по общей конструкціи съѣздъ производитъ бодрящее впечатлѣніе, исчезла рѣзкая дифференція Общества на политическія группы. Если нѣтъ у Пироговскаго Общества периферіи, то и вся страна имѣетъ слабую периферію. Нужна конституція жизненная, а не писанная. Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе Калантаровъ, Меркуловъ.

Предсѣдателемъ былъ поставленъ на баллотировку вопросъ: угодно-ли въ настоящее время измѣнить существующій уставъ? Рѣшено не измѣнять устава.

Г. И. Дембо (Спб.): Къ вопросу о желательныхъ измѣненіяхъ въ организаціи Пироговскихъ съѣздовъ въ ближайшемъ будущемъ. Положенія доклада: 1. Послѣдніе Пироговскіе съѣзды перегружаются докладами; доклады, въ огромномъ большинствѣ случаевъ на темы не программныя, носятъ казуистическій или узко-мѣстный характеръ, и въ сущности не подлежатъ прочтенію на Пироговскихъ съѣздахъ, преслѣдующихъ задачи обмѣна мнѣній по болѣе общимъ и широкимъ вопросамъ въ области научной и общественной медицины (медицинскаго строительства). 2. Перегруженіе съѣздовъ докладами ведетъ къ пониженію продуктивности работъ Пироговскихъ съѣздовъ: стремленіе заслушать возможно большее число докладовъ ведетъ къ недостаточно полному освѣщенію наиболѣе крупныхъ вопросовъ научно-практическаго и организаціоннаго характера. Исчерпывающее обсужденіе отдѣльныхъ вопросовъ съ болѣе или менѣе опредѣленнымъ выводомъ, за недостаткомъ времени, все рѣже и рѣже имѣетъ мѣсто на съѣздѣ, и подобные вопросы переносятся въ той же почти неприкосновенности со съѣзда на съѣздъ. 3. При свободномъ пріемѣ всѣхъ докладовъ на различныя темы опубликованіе программныхъ вопросовъ не достигаетъ цѣли, тѣмъ болѣе, что и число выставляемыхъ программныхъ вопросовъ колоссально велико (211 на XI съѣздѣ). 4. Если организація Пироговскихъ съѣздовъ и впредь будетъ носить такой же характеръ, то возникаетъ серьезная опасность для продуктивности работъ съѣздовъ, а послѣдовательно Пироговскіе съѣзды могутъ лишиться и того авторитета, коимъ они по сіе время еще пользуются въ глазахъ общества и врачей. 5. Необходимо измѣнить технику организаціи Пироговскихъ съѣздовъ въ томъ направленіи, какъ это уже намѣчалось и организаторами первыхъ съѣздовъ, а именно: небольшое количество программныхъ темъ по вопросамъ наиболѣе существенной важности и значенія, обезпеченіе съѣзда исчерпывающими докладами и данными на программныя темы и принятіе докладовъ на внѣпрограммныя темы только въ исключительныхъ случаяхъ (съ согласія всего Организаціоннаго Комитета). 6. Число программныхъ темъ должно быть не болѣе 25—30; часть этихъ темъ намѣчается предшествовавшимъ съѣздомъ, часть намѣчается на групповыхъ засѣданіяхъ завѣдующихъ секціями въ данной группѣ. 7. Съ развитіемъ съѣздовъ по отдѣльнымъ научнымъ спеціальностямъ Пироговскіе съѣзды при установленіи программныхъ темъ должны удѣлять особое вниманіе вопросамъ изъ погра-

ничныхъ медицинскихъ областей и обзорамъ современнаго состоянія наиболѣе животрепещущихъ научно-практическихъ вопросовъ. 8. Въ области общественной медицины на Пироговскихъ съѣздахъ въ первую голову, какъ обычно, должны выдвигаться вопросы организаціонные, вопросы строительства общественной медицины; быть можетъ, представлялось бы не лишнимъ выработать системную програму вопросовъ; видоизмѣняя ихъ въ зависимости отъ условій времени, далѣе идутъ вопросы бытовые. 9. Бороться противъ организаціи отдѣльныхъ съѣздовъ не слѣдуетъ, но необходимо организовать дѣло Пироговскихъ съѣздовъ такимъ образомъ, чтобы на этихъ съѣздахъ выдвигались такіе вопросы общаго характера, которые могли бы интересовать и участниковъ спеціальныхъ съѣздовъ, и которые бы содѣйствовали объединенію отраслей медицинскаго знанія и медицинской работы.

Золотавинъ (Спб.) предложилъ поручить слѣдующему организаціонному комитету принять во вниманіе положенія доклада. Васильевскій (Баку) предложилъ передъ каждымъ новымъ съѣздомъ издавать историческій обзоръ программныхъ вопросовъ предыдущаго съѣзда и постановленія по этимъ вопросамъ, дабы не повторялись однѣ и тѣ же темы на нѣсколькихъ съѣздахъ. Вегеръ (Уфа) считаетъ это излишнимъ, такъ какъ все это имѣется въ трудахъ съѣздовъ. Гранъ (Спб.) предложилъ поручить завѣдующимъ знакомить секцію съ этими вопросами при началѣ занятій. Докладчикъ считаетъ неправильнымъ поручить только вниманію организаціоннаго комитета положенія доклада; здѣсь вопросъ идетъ о крупной реформѣ, собраніе должно ее или отвергнуть, или принять, а принявъ поручить ее слѣдующему комитету къ руководству, какъ нѣчто обязательное. Для этой цѣли правильнѣе всего баллотировать сперва п. 5-й и, если онъ будетъ принятъ, то 7-й.

Пункты 5 и 7 положенія доклада приняты. Кромѣ того, признано желательнымъ, чтобы завѣдующіе секціями представляли по программнымъ вопросамъ историческій обзоръ постановленій по этимъ вопросамъ, состоявшихся на предыдущихъ Пироговскихъ съѣздахъ. Это изложеніе должно имѣть мѣсто передъ началомъ доклада по соотвѣтствующему программному вопросу и преній къ нему.

Принято предложеніе устроить сборъ на стипендію XI съѣзда для слушательницы Женскаго Медицинскаго Института.

Второе заключительное Общее Собраніе.

28 апрѣля въ 1 ч. дня въ дворянскомъ собраніи состоялось второе заключительное общее собраніе съѣзда.

Собраніе было открыто почетнымъ предсѣдателемъ съѣзда проф. Ф. А. Рейномъ.

Проф. В. Я. Даниловскій (Харьковъ): Физіологія и соціальная жизнь. Знаніе исторіи народа недостаточно для рѣшенія вопроса объ общественномъ строительствѣ. Для рѣшенія вопросовъ соціальной жизни нужно знать индивидуальную физіологію человѣка, ибо соціальная жизнь является слѣдующимъ производнымъ отъ физіологической жизни. Схема физіологической и соціальной жизни одинакова—изъ области инстинктовъ, возбуждаемыхъ физическими потребностями и чувствованіями, переходъ къ признанію хозяйственно-экономическихъ условій,

а затѣмъ къ усвоенію духовныхъ цѣнностей. Физіологія соціальной жизни имѣетъ въ своемъ началѣ тоже матеріальные интересы. Изъ основныхъ первоначальныхъ физіологическихъ инстинктовъ развиваются производныя формы, получаются въ соціальной жизни соціальные навыки. Взаимодѣйствіе превращаетъ безсиліе единичныхъ силъ въ могучую коллективную силу. Огромную роль играетъ взаимное индуцированіе. И важнѣйшая задача спеціальной работы бороться съ переутомленіемъ. Въ періодѣ утомленія всѣ ищутъ активирующихъ возбужденій, которыя бы дѣйствовали если не въ дѣйствительности, то иллюзорно; въ это время преобладаютъ интересы мистики и чувственности. И это вполнѣ понятно: интеллигентность раньше всѣхъ поражается, труднѣе всѣхъ возстановляется; наоборотъ, фантазія есть низшая форма психики, и естественно все идетъ въ сторону наименьшаго сопротивленія. Это состояніе соотвѣтствуетъ общей гиперэстезіи, появляется атаксія — несоотвѣтствіе между замысломъ и исполненіемъ, гиперкинезъ — излишняя трата энергіи, импульсивныя вліянія. Это все явленія аномальной жизни, когда стараются избѣгать того, что требуетъ работы, затраты воли, энергіи, и предпочитаютъ мечтанія, для чего никакой затраты не требуется. Но эти состоянія преходящи: все, что идетъ вопреки разсудку, вопреки закономѣрному ходу природы, носитъ въ себѣ зародышъ гибели. Діагнозъ этого состоянія: insufficientia intellectus transitoria. Прогнозъ благопріятенъ. Только разумъ можетъ раскрыть объективную истину; чувства и эмоціи остаются тѣми же, какъ были тысячу лѣтъ назадъ. Пусть научный раціонализмъ сухъ и холоденъ, но по мѣрѣ совершенствованія человѣческой природы только разумъ человѣческій будетъ ставить вопросы, а не наши чувства. Центръ тяжести жизни все поднимается въ область чистаго познанія, въ сферу идеальныхъ исканій; туда переходятъ и точка приложенія, и смыслъ жизни; только тамъ и рѣшеніе этого вопроса.

С. Н. Игумновъ (Харьковъ): Земская медицина и народничество. Въ переживаемое время, когда сѣрое небо, закатилось солнце, не видны тропинки, подрублены вѣхи, въ эти сумерки невольно вспоминается старое, невольно мысленно возвращается къ нему не для того, чтобы попрекнуть, но чтобы подчеркнуть то хорошее, что было въ этомъ старомъ. Конечно, нѣтъ точной грани между прошлымъ и настоящимъ, какъ нѣтъ граней между лѣтомъ и осенью. Но есть календарныя грани, и такой календарной гранью является для земской медицины 1905 годъ — какъ конецъ первой эпохи, какъ рубежъ, хотя плоды земской медицины стали осыпаться и раньше этого года. Характерной чертой этого періода является народничество, дававшее тонъ эпохѣ. Крѣпостное право кидало свою тѣнь на всѣ явленія жизни. Въ центрѣ его стоялъ помѣщикъ не только какъ владѣлецъ крестьянскихъ душъ, но и какъ интеллигентная сила Россіи. Съ раскрѣпощеніемъ Россіи въ кадры русской интеллигенціи вошелъ разночинецъ; съ другой стороны на общественной аренѣ появился народъ-человѣкъ въ видѣ сфинкса. Естественно возникло жела-

ніе изучить народъ въ общихъ условіяхъ его жизни. Первое, что бросилось въ глаза при этомъ,—темнота и трясина предразсудковъ. Необходимо было изучать и просвѣщать. Ничтожныя потребности народа вызвали третье желаніе—удовлетворить потребности народа, обслуживать народъ. Въ изученіи, просвѣщеніи и обслуживаніи народа интеллигенція отрабатывала свой долгъ народу. Началось хожденіе въ народъ. Одни хотѣли научить, другіе—научиться; одни добивались планомѣрнаго развитія, другіе стремились вызвать народъ къ активной дѣятельности. Цѣли и задачи были различны, но все объединялось въ одномъ народолюбствѣ. Наилучшія условія для свободнаго творчества давали земскія учрежденія, наибольшіе результаты можно было получать въ земской медицинѣ, гдѣ было меньше всего препятствій какъ со стороны классового земства (врачи нужны были и помѣщикамъ), такъ и со стороны административной опеки. Медицина въ то время страдала отъ порывовъ общаго политическаго нордъ-оста въ меньшей степени. Въ то же время медицина своей свободой творчества, возможностью изучить, просвѣщать и обслуживать народъ привлекала много идейныхъ работниковъ. Поступали врачи на фельдшерскіе пункты, отказывались отъ половины жалованья для увеличенія числа работниковъ и т. д. На земскую работу смотрѣли не какъ на службу, а какъ на служеніе. Впослѣдствіи взглядъ на эти поступки измѣнился, въ нихъ видѣли и филантропическую затѣю, и безсмысленныя, отчасти и вредныя жертвы; когда энтузіазмъ пропалъ, прошла красота подвига и стали ощутительны вериги. Конечно, такихъ идеальныхъ работниковъ было меньшинство, но они создавали земскую медицину, они придали ей санитарное направленіе, они установили взглядъ на амбулаторію, они создали земскія библіотеки, они зажгли первый волшебный фонарь для народа, они изъ узкихъ тропинокъ созидали широкія дороги. Все для народа и все черезъ народъ. Вторая половина формулы создала рѣзкое отношеніе ко всякимъ принудительнымъ мѣрамъ, ко всякимъ полицейскимъ мѣропріятіямъ. Теперь настала новая полоса жизни, возникло сомнѣніе не только въ томъ, какъ мы плывемъ, но и куда мы плывемъ, правильно-ли направленіе, избранное старыми работниками, не слѣдуетъ-ли направить ладью къ новому причалу. Гребцы складываютъ руки; ждутъ рѣшенія. И въ это время не мѣшаетъ вспомнить чувства и мысли прошлаго. Прошлое оставило новому два завѣта: какъ чувство—народолюбіе, какъ мысль—соціализмъ.

Послѣ перерыва Ф. А. Рейномъ были оглашены результаты выборовъ членовъ правленія, мѣсто будущаго XII Пироговскаго съѣзда, членовъ Организаціоннаго Комитета XII съѣзда, членовъ ревизіонныхъ и др. коммиссій.

Мѣстомъ XII съѣзда избранъ Петербургъ. Выборы шести выбывающихъ членовъ правленія дали въ результатѣ тѣхъ же лицъ: Ф. А. Рейнъ, П. И. Куркинъ, А. В. Мольковъ, К. И. Шидловскій, С. С. Салазкинъ, А. А. Чертовъ, кандидатами избраны: П. Н.

Діатроптовъ, Л. А. Тарасевичъ, М. Н. Шатерниковъ, В. П. Успенскій, В. К. Лебедевъ.

Въ ревизіонную коммиссію для ревизіи дѣлъ правленія избраны: Ф. А. Березкинъ, В. С. Лебедевъ, А. А. Кисель, А. А. Варнекъ и П. А. Минаковъ, кандидатами: И. Ф. Огневъ и Д. А. Гороховъ.

Въ члены Организаціоннаго Комитета избраны: С. С. Салазкинъ, И. А. Дмитріевъ, П. Н. Булатовъ, Г. В. Хлопинъ, В. Н. Сиротининъ, кандидатами: А. А. Кадьянъ, Н. Я. Чистовичъ, Д. А. Лихачевъ, М. М. Гранъ, П. П. Кащенко, Д. К. Заболотный.

Въ члены ревизіонной коммиссіи для ревизіи дѣлъ XII съѣзда избраны: Н. Н. Феноменовъ, С. В. Шидловскій, К. А. Раухфусъ, С. Н. Кульневъ, А. И. Морозова, кандидатами: Р. А. Павловская и А. А. Кадьянъ,

Въ члены выставочной коммиссіи избраны: Д. К. Заболотный, А. И. Шингаревъ, З. Г. Френкель, С. Н. Игумновъ, М. М. Гранъ, Н. И. Тезяковъ, Н. Н. Крыловъ, В. П. Успенскій, В. Н. Томашевскій, В. А. Левашевъ и Д. П. Никольскій.

Проф. С. Ф. Вериго (Одесса): Нервная дѣятельность, какъ основа гармоніи физіологическихъ отправленій животнаго организма. При разсмотрѣніи работы организма, именно его нервной системы, на первый взглядъ получается впечатлѣніе, что центральная нервная система является неограниченнымъ правительствомъ, диктующимъ безапелляціонно свои приказанія, а всѣ элементы совершенно безправны и безпрекословно исполняютъ всѣ исходящія повелѣнія отъ правительства, не считающагося съ желаніемъ своихъ подданныхъ. Болѣе тщательное изученіе показываетъ, что эта аналогія неправильна. На примѣрахъ изъ области движенія и пищеваренія ораторъ показываетъ, что основой являются мѣстные факты, что здѣсь получается рядъ послѣдовательныхъ рефлексовъ, и каждая послѣдующая стадія происходитъ потому, что была предыдущая, которая создала раздражителя, принужденнаго вызывать дальнѣйшіе рефлексы. Если сравнивать съ правительствомъ, то съ такимъ, какое является идеаломъ. Всякая клѣточка имѣетъ своего представителя въ центрѣ; тамъ имѣется исполнительный органъ; тамъ всѣ импульсы съ окраинъ принимаются во вниманіе, ко всѣмъ требованіямъ проявляется самое внимательное отношеніе.

А. И. Морозова и М. М. Гранъ огласили резолюціи секцій, принятыя распорядительнымъ собраніемъ (см. дальше въ отдѣльномъ приложеніи). Собраніе своими аплодисментами подчеркнуло принятіе нѣкоторыхъ постановленій, а именно благодарность Московскому городскому общественному управленію за предоставленіе безвозмездно обществу участка земли на Міусской площади для сооруженія Дома Н. И. Пирогова, благодарность М. М. и М. А. Зензиновымъ за пожертвованіе Пироговскому Обществу 1 дес. земли въ имѣніи Михайловское, возлѣ Сочи, сочувствіе

редактору „Пироговскаго Журнала“, затѣмъ постановленія объ алкоголѣ (алкоголь не является пищевымъ веществомъ, запрещеніе алкоголя на курортахъ), объ отмѣнѣ экзаменовъ, о борьбѣ съ холерой и др.

Ф. А. Рейнъ въ своей заключительной рѣчи подвелъ нѣкоторые предварительные итоги съѣзду. Число участниковъ достигло 2000, т. е. XI съѣздъ уступаетъ по количеству членовъ только IX съѣзду, собиравшемуся въ періодъ общаго подъема. То, что Пироговскій съѣздъ теперь въ періодъ разбитыхъ иллюзій собралъ столько членовъ, свидѣтельствуетъ, что Пироговскіе съѣзды и имя Пирогова сохраняютъ свое обаяніе, которое заставляетъ товарищей нести на съѣзды свой опытъ и знаніе. Просьба — не порывать этой связи и въ межсъѣздные періоды, когда идетъ непрерывная работа, требующая и матеріальнаго, и духовнаго участія товарищей. Число докладовъ выше 500; это является и отраднымъ фактомъ, такъ какъ свидѣтельствуетъ о громадной работѣ въ области научной и общественной медицины, и отрицательнымъ явленіемъ, такъ какъ за недостаткомъ времени рядъ докладовъ происходилъ безъ надлежащаго освѣщенія, переносились доклады съ засѣданія на засѣданіе и оставались незаслушанными. Вопросъ этотъ выступилъ съ особой остротой на съѣздѣ, и съѣздъ занялся вопросомъ, какъ устранить нежелательное явленіе; если мѣропріятія, принятыя съѣздомъ, приводутъ къ цѣли, то заслуга XI съѣзда будетъ громадна. На устройство съѣзда Организаціонный Комитетъ положилъ много усилій, и ему первая благодарность съѣзда. Благодарность за устройство выставки при съѣздѣ выставочному комитету и предсѣдателю ея В. Н. Томашевскому. Горячая признательность администраціи Женскаго Медицинскаго Института, такъ гостопріимно открывшаго свои двери и тѣмъ давшаго возможность осуществить съѣздъ. Теплая благодарность слушательницамъ Женскаго Медицинскаго Института, съ радушіемъ и вниманіемъ относившимся къ членамъ съѣзда. Благодарность Петербургскому университету, Петербургскому общественному управленію, Хирургическому Обществу имени Н. И. Пирогова, Психо-Неврологическому Институту и дворянскому собранію за предоставленіе помѣщеній для занятій съѣзда.

Всѣ мы чувствуемъ и сознаемъ, что XI съѣздъ прошелъ безъ особеннаго оживленія и подъема. Это и понятно. Мы — сыны своего отечества, и тяжелое время, переживаемое страной, не могло не отразиться на съѣздѣ. Но во многихъ секціяхъ шла оживленная работа. Тяжелое лихолѣтіе научило насъ спокойнѣе относиться къ окружающимъ явленіямъ, научило насъ терпимѣе относиться къ чужимъ мнѣніямъ и объединило насъ. И разъѣзжаясь сегодня на тяжелую работу, въ тяжелыя условія повседневной жизни, многіе все же уѣдутъ со съѣзда съ бодростью. Они убѣдились, что всюду на Руси бьются сердца въ унисонъ съ ними. Остается пожелать на будущемъ съѣздѣ болѣе отрадной обстановки, болѣе радостной встрѣчи!

Послѣднее слово предоставляется С. С. Салазкину.

С. С. Салазкинъ: «Со времени послѣдняго X съѣзда прошло 3 года. За это время обстановка русской жизни, если и измѣнилась, то не къ лучшему. Но облака не вѣчно будутъ закрывать солнце. Животворящіе лучи его прорѣжутъ облака и оживятъ истомленныя сердца. Русскій народъ въ концѣ-концовъ выйдетъ на торную дорогу и пойдетъ бодро по ней къ своей высокой цѣли. Но и въ современной обстановкѣ есть явленія, которыя угнетаютъ народную совѣсть, мимо которыхъ мы не можемъ пройти молча, свое отношеніе къ которымъ мы обязаны высказать, какъ одинъ человѣкъ, высказать вполнѣ лойяльно. Наша общественная совѣсть измучена тѣмъ, что происходитъ вокругъ насъ. Мы должны громко заявить: лишеніе человѣческой жизни—этого таинственнаго дара природы, съ какой бы стороны оно ни исходило, больше недопустимо».

Все собраніе, какъ одинъ человѣкъ, поднялось съ своихъ мѣстъ и единодушнымъ взрывомъ присоединилось къ оратору.

Ф. А. Рейнъ: «Объявляю XI съѣздъ врачей имени Н. И. Пирогова закрытымъ».

Постановленія XI Съѣзда.

I. По вопросу объ измѣненіи устава Общества съѣздъ постановилъ устава въ настоящее время не измѣнять.

II. По вопросу объ изданіи журнала Общества съѣздъ постановилъ: 1) поручить правленію продолжать изданіе журнала Общества; 2) отчислить 5000 руб. изъ остатковъ по съѣзду на изданіе журнала; 3) уполномочить правленіе позаимствовать изъ запаснаго капитала на изданіе журнала не болѣе 50% общей суммы запаснаго капитала; 4) ассигновать Организаціонному Комитету XI съѣзда на изданіе трудовъ 3000 рублей.

III. По Дому имени Н. И. Пирогова съѣздъ постановилъ: 1) выразить отъ имени съѣзда глубокую благодарность Московскому городскому общественному управленію за предоставленіе безвозмездно Обществу участка земли на Міусской площади для сооруженія Дома Н. И. Пирогова; 2) признать необходимымъ открытіе повсемѣстной подписки и сбора пожертвованій на сооруженіе въ Москвѣ Дома имени Н. И. Пирогова и поручить правленію возбудить объ этомъ ходатайство; 3) продолжить полномочія Комитета по сооруженію Дома на слѣдующій межсъѣздный періодъ съ правомъ пополненія его состава новыми членами путемъ кооптаціи.

IV. Съѣздъ постановилъ выразить д-ру Н. А. Вырубову и А. Г. Хрущову глубокую благодарность за учрежденіе при ихъ санаторіи «Крюково» близъ Москвы безплатной комнаты имени А. П. Чехова для нуждающихся въ отдыхѣ врачей.

V. По поводу пожертвованія Пироговскому Обществу 1 дес. земли въ имѣніи «Михайловское» возлѣ Сочи съѣздъ постановилъ: 1) выразить благодарность жертвователямъ М. М. и М. А. Зензиновымъ; 2) уполномочить правленіе на совершеніе актовъ, необходимыхъ для закрѣпленія пожертвованной земли за Пироговскимъ Обществомъ; 3) поручить правленію заняться разработкой вопроса о способахъ наиболѣе цѣлесообразнаго использованія пожертвованнаго земельнаго участка.

VI. По преміи Е. А. Осипова съѣздъ постановилъ: 1) отложить назначеніе премія имени Е. А. Осипова до слѣдующаго XII Пироговскаго съѣзда, оставивъ начальнымъ срокомъ для подлежащихъ оцѣнкѣ работъ январь 1912 года. 2) Въ разъясненіе и дополненіе «Положенія» о преміи имени Е. А. Осипова признать, что въ кругъ подлежащихъ оцѣнкѣ работъ, кромѣ указанныхъ въ «Положеніи», должны входить и всѣ какъ сборныя общественно-санитарныя работы, каковыми являются труды съѣздовъ врачей, санитарно-статистическіе и др. сборники, врачебно-санитарныя хроники и пр., такъ и работы, выполненныя коллегіями, коммиссіями, секціями и пр. Лучшія изъ такого рода работъ удостаиваются почетныхъ отзывовъ. 3) Для руководства коммиссіи по оцѣнкѣ работъ признать правиломъ: 1) установленіе тѣхъ темъ и вопросовъ, по которымъ работы для даннаго періода времени представлялись бы, по опредѣленію коммиссіи совмѣстно съ правленіемъ, имѣющими особо важное значеніе, и 2) составленіе возможно полнаго библіографическаго списка работъ по врачебно-санитарнымъ вопросамъ, включая въ него и работы, указанныя въ предложеніи 2-мъ. 4) Сообщить постановленія съѣзда по вышеизложеннымъ предложеніямъ къ свѣдѣнію Московской губернской земской управы. 4) Избрать коммиссію для оцѣнки работъ на премію имени Е. А. Осипова въ составѣ 5 лицъ.

VII. Съѣздъ постановилъ: переданныя въ распоряженіе правленія Комитетомъ общественной помощи голодающимъ послѣ его закрытія суммы хранить до того времени, когда вновь явится возможность помогать голодающимъ и расходовать ихъ согласно назначенію, преслѣдуя при этомъ также и задачу изученія мѣстныхъ условій возникновенія и особенностей болѣзней, развивающихся на почвѣ голоданія, согласно постановленію Пироговскаго съѣзда.

VIII. Съѣздъ постановилъ принять за счетъ Общества расходы въ суммѣ 200 руб. по приглашенію гг. присяжныхъ повѣренныхъ для веденія судебнаго процесса, вчиненнаго противъ редакторовъ «Пироговскаго Журнала» за напечатаніе статьи «Санитарныя условія политической ссылки» и выразить сочувствіе редакторамъ «Пироговскаго Журнала».

IX. Съѣздъ утвердилъ смѣту на содержаніе конторы правленія въ теченіе 1910—1912 гг. въ суммѣ 4000 руб. ежегодно.

X. По вопросу объ измѣненіяхъ въ организаціи Пироговскихъ съѣздовъ съѣздъ призналъ необходимымъ измѣнить технику организаціи съѣздовъ въ слѣдующемъ видѣ: небольшое количество программныхъ темъ по вопросамъ наиболѣе существенной важности и значенія, обезпеченіе съѣзда исчерпывающими докладами и данными на программныя темы и принятіе докладовъ на внѣпрограммныя темы только въ исключительныхъ случаяхъ (съ согласія всего Организаціоннаго Комитета). Съ развитіемъ съѣздовъ по отдѣльнымъ научнымъ спеціальностямъ Пироговскіе съѣзды при установленіи программныхъ темъ должны удѣлять особое вниманіе вопросамъ изъ пограничныхъ медицинскихъ областей и обзорамъ современнаго состоянія наиболѣе животрепещущихъ научно-практическихъ вопросовъ. Кромѣ того, желательно, чтобы завѣдующіе секціями представляли по программнымъ вопросамъ историческій обзоръ постановленій по этимъ вопросамъ, состоявшихся на предыдущихъ Пироговскихъ съѣздахъ. Это изложеніе должно имѣть мѣсто передъ началомъ докладовъ по соотвѣтствующему программному вопросу и преній къ нему.

XI. По вопросу объ организаціи Всероссійской выставки по санитарному благоустройству населенныхъ мѣстъ и больничному дѣлу и особаго съѣзда въ это время дѣятелей по народному здравію съѣздъ постановилъ: 1) Признать очередной задачей въ общественно-санитарномъ дѣлѣ въ Россіи организацію въ ближайшіе годы, не позднѣе 1912 года, Всероссійской выставки по санитарному благоустройству, по борьбѣ съ заразными болѣзнями и медицинской помощи и созыва спеціальнаго съѣзда дѣятелей по оздоровленію населенныхъ мѣстъ во время выставки. 2) Признать цѣлесообразнымъ, въ особенности въ интересахъ послѣдующей организаціи вышеуказанной Всероссійской выставки участіе Пироговскаго Общества въ устройствѣ отдѣла общественной медицины на предстоящей гигіенической выставкѣ въ Дрезденѣ. 3) Признать необходимымъ выбрать въ выставочную коммиссію нѣсколько лицъ отъ съѣзда. 4) При разсылкѣ по Россіи извѣщеній о выставкѣ разослать и докладъ по этому вопросу З. Г. Френкеля.

XII. Съѣздъ признаетъ необходимымъ, чтобы, одновременно съ реформою курортнаго управленія въ Россіи, въ первую очередь былъ осуществленъ Экспериментальный Клинико-Бальнеологическій Институтъ въ Пятигорскѣ, — для всесторонняго изученія водъ, грязей, вообще курортовъ и климатическихъ станцій Россіи и, главнымъ образомъ, Кавказа и Закавказья.

XIII. Съѣздъ признаетъ недопустимымъ продажу спиртныхъ напитковъ на территоріи курортовъ и высказываетъ пожеланіе, чтобы русскіе курорты явились тѣмъ мѣстомъ, откуда будетъ начата систематическая борьба съ народнымъ пьянствомъ въ Россіи.

XIV. По вопросу объ алкоголѣ съѣздъ постановилъ: алкоголь не является питьевымъ веществомъ и съ этимъ положеніемъ должно быть широко ознакомлено населеніе.

XV. Съѣздъ обращаетъ вниманіе Академіи наукъ на крайнюю желательность подробнаго метеорологическаго и физіографическаго изслѣдованія Тебердинской долины, какъ возможнаго горно-климатическаго курорта.

XVI. Съѣздъ признаетъ желательнымъ осуществить ежегодныя совѣщанія представителей бактеріологическихъ институтовъ, микробіологовъ и эпидеміологовъ для изученія заразныхъ болѣзней въ Россіи и выработки и объединенія борьбы съ ними; организацію и созывъ желательно осуществить въ январѣ 1911 г., поручивъ Организаціонному Комитету XII съѣзда выработать программу.

XVII. Въ виду неудовлетворительнаго состоянія врачебно-судебной экспертизы въ настоящее время, съѣздъ высказываетъ пожеланіе, чтобы въ возможно скорѣйшемъ времени былъ введенъ особый институтъ спеціально подготовленныхъ судебныхъ врачей, чѣмъ вновь повторяетъ неоднократно сдѣланное постановленіе предыдущихъ Пироговскихъ съѣздовъ.

XVIII. Въ виду важности способа Уленгута въ судебно-медицинскомъ отношеніи съѣздъ признаетъ желательнымъ болѣе широкое примѣненіе его на практикѣ.

XIX. По вопросу о транспортировкѣ раненыхъ съѣздъ призналъ желательнымъ, чтобы въ будущія наши войны съ государствами, признающими Женевскую конвенцію, наши раненые въ брюшную полость не транспортировались ни съ большихъ перевязочныхъ пунктовъ, ни изъ госпиталей передней линіи; въ случаѣ отступленія, такіе раненые съ нужнымъ для ухода за ними врачебно-санитарнымъ персоналомъ должны передаваться непріятелю на основаніи конвенціи.

XX. По вопросу о нормахъ при пріемѣ на желѣзнодорожную службу съѣздъ постановилъ: 1) при пріемѣ на службу нельзя игнорировать остроту зрѣнія; 2) установить предѣльную норму аномалій рефракціи, какъ критерій для опредѣленія годности, нельзя; 3) желательно у лицъ, уже принятыхъ на службу и не подле-

жащихъ увольненію, допустить, въ случаѣ необходимости, по указанію врача, ношеніе очковъ съ лечебною цѣлью, не только при нестроевой службѣ, но и въ строю.

XXI. По вопросу объ искусственныхъ выкидышахъ съѣздъ постановилъ передать весь вопросъ объ искусственныхъ выкидышахъ какъ съ научной, такъ и общественной точки зрѣнія въ правленіе Пироговскаго Общества для образованія коммиссіи съ цѣлью детальной разработки вопроса и представленія доклада къ слѣдующему Пироговскому съѣзду.

XXII. По вопросу о родовспоможеніи въ Петербургѣ съѣздъ находитъ, что въ настоящее время родовспоможенія въ С.-Петербургѣ недостаточно и требуетъ улучшенія.

XXIII. По вопросу о борьбѣ съ бѣшенствомъ съѣздъ постановилъ: 1) Сдѣлать программнымъ вопросомъ XII Пироговскаго съѣзда вопросъ о Пастеровскихъ прививкахъ противъ бѣшенства. 2) Необходимо ввести однообразную классификацію пораненій, исходя изъ прогностическаго принципа, и во всякомъ случаѣ выдѣлять пораненіе кисти въ особую рубрику. 3) При обработкѣ статистическаго матеріала принимать во вниманіе только лицъ, дѣйствительно укушенныхъ подозрительными животными, исключивъ категорію лицъ, которыя на основаніи зараженія животныхъ оказались покусанными не бѣшеными животными. 4) Стремиться къ тому, чтобы повышать цѣнность статистическаго матеріала, т. е. увеличить ту категорію, гдѣ бѣшенство покусавшаго животнаго устанавливается экспериментальнымъ или гистологическимъ путемъ. 5) Въ цѣляхъ осуществленія контроля надъ результатами леченія ввести поголовную провѣрку всѣхъ лечившихся черезъ 10 мѣсяцевъ послѣ окончанія леченія. 6) Вслѣдствіе разнообразія схемъ прививокъ видоизмѣнить способъ вычисленія редуцированной смертности и вычислять ее не черезъ 15 дней послѣ окончанія прививокъ, а черезъ 30 дней отъ начала леченія; просить Правленіе довести до свѣдѣнія врачебной администраціи о желательности согласованія оффиціальныхъ формъ статистики Пастеровскихъ станцій съ тѣми формами, которыя приняты съѣздомъ.

XXIV. По вопросу о борьбѣ съ трахомой съѣздъ, принимая во вниманіе всѣ условія жизни русскаго крестьянина и трудового населенія, признаетъ, что: 1) въ дѣлѣ борьбы съ распространеніемъ трахомы сельскіе неврачебные интеллигенты могутъ быть лишь проводниками гигіеническихъ знаній среди населенія, а ни въ какомъ случаѣ не въ качествѣ врачевателей; 2) борьба съ распространеніемъ слѣпоты должна вестись съ примѣненіемъ, главнымъ образомъ, широкихъ соціальныхъ мѣръ, направленныхъ (помимо лечебныхъ мѣръ) къ подъему культурно-экономическаго и правового благосостоянія крестьянскаго и рабочаго населенія.

XXV. По вопросу о борьбѣ съ проказой съѣздъ постановилъ просить правленіе Пироговскаго Общества въ ближайшемъ будущемъ созвать конференцію по проказѣ въ составѣ спеціалистовъ, завѣдующихъ лепрозоріями и общественныхъ дѣятелей.

XXVI. По вопросу о борьбѣ съ скарлатиной съѣздъ постановилъ: 1. Признать, что мы до сихъ поръ въ вопросахъ практическаго примѣненія метода массовыхъ вакцинацій по Габричевскому въ борьбѣ со скарлатиной и его теоретическаго и лабораторнаго изученія все еще продолжаемъ находиться лишь въ стадіи опыта. 2. Принимая во вниманіе, что новый методъ открываетъ перспективы возможности раціональной борьбы, а практика нашихъ опытныхъ данныхъ представляетъ основаніе надѣяться на полученіе положительныхъ результатовъ въ борьбѣ съ ужаснымъ бичемъ дѣтскаго населенія, общественнымъ санитарно-врачебнымъ организаціямъ слѣдуетъ обратить преимущественное вниманіе на самую тщательную постановку опытовъ практическаго примѣненія вакцины. 3. Обратить вниманіе русскихъ ученыхъ и общественныхъ учрежденій на то, что вакцинальная практика въ настоящій моментъ тормозится, благодаря недостаточности теоретическаго и лабораторнаго изученія ряда вопросовъ, связанныхъ съ новымъ методомъ, въ скорѣйшей всесторонней разработкѣ котораго такъ заинтересована страна, русская наука и общественная медицина. 4. Признать, что опредѣленные и положительные выводы о вліяніи массовыхъ вакцинацій въ борьбѣ со скарлатиной должны базироваться на почвѣ объективныхъ данныхъ эпидеміологіи, что настоятельно необходимо точное и детальное изученіе и анализъ богатѣйшаго и единственнаго въ своемъ родѣ матеріала русской общественной медицинской статистики болѣзненности населенія. 5. Необходимо, чтобы имѣющаяся при правленіи Пироговскаго Общества коммиссія по изученію противострептококковой (антискарлатинной) вакцины объединила пока разрозненную работу общественной медицины по производству опытовъ массоваго примѣненія вакцины.

XXVII. По вопросу о борьбѣ съ холерой съѣздъ постановилъ: 1) Послѣдняя пандемія холеры въ Россіи своимъ появленіемъ, условіями и характеромъ своего развитія свидѣтельствуетъ, что Россія, и прежде всего, ея столица, Петербургъ, по своему санитарному состоянію находится въ вопіющихъ условіяхъ, каковыя для Западной Европы нынѣ являются уже положеніемъ далекаго прошлаго. 2) Богатый эпидеміологическій и

санитарно-бактеріологическій матеріалъ послѣдней пандеміи и заслушанныхъ докладовъ устанавливаетъ, что въ основѣ всѣхъ мѣропріятій по борьбѣ съ холерой должны лежать прежде всего широкія, обще-оздоровительныя мѣропріятія, какъ-то: водоснабженіе, канализація, улучшеніе жилищныхъ условій и питанія населенія и проч. 3) Успѣхъ всѣхъ мѣропріятій по борьбѣ съ холерой прежде всего зависитъ отъ свободной и широкой самодѣятельности населенія во главѣ съ самоуправленіями, освобожденными отъ административной опеки. 4) Постановленіе IX Пироговскаго съѣзда, указавшаго, что существующая врачебно-санитарная организація Петербурга не достигаетъ цѣлей оздоровленія города и нуждается въ коренномъ пересмотрѣ, остается въ полной силѣ и въ настоящее время.

XXVIII. По вопросу о борьбѣ съ туберкулезомъ съѣздъ постановилъ: просить коммиссію по изученію туберкулеза при правленія Пироговскаго Общества продолжать свою дѣятельность.

XXIX. По вопросу о борьбѣ съ дѣтской смертностью съѣздъ постановилъ: 1) Для успѣха въ дѣлѣ объединенной борьбы съ дѣтской смертностью въ цѣляхъ охраненія здоровья и воспитанія дѣтей практическую дѣятельность въ проведеніи для этого мѣръ общественными управленіями, обществами и другими учрежденіями, борющимися съ дѣтской смертностью, необходимо тѣсно соединить съ культурно-просвѣтительной работой, съ устройствомъ публичныхъ научныхъ собраній, съ организаціей лекцій, постоянныхъ курсовъ съ изданіемъ и распространеніемъ разнаго рода печатныхъ матеріаловъ по вопросамъ, имѣющимъ отношеніе къ дѣтской смертности. 2) Въ тѣхъ же цѣляхъ необходимо организовать на Пироговскихъ съѣздахъ самостоятельную секцію по борьбѣ съ дѣтской смертностью, какъ это съ успѣхомъ было сдѣлано на предыдущемъ X Пироговскомъ съѣздѣ. 3) На Пироговскихъ съѣздахъ секціи по борьбѣ съ дѣтской смертностью нужно устраивать выставку по отдѣлу, касающемуся охраны здоровья и воспитанія дѣтей. 4) Поставленное на очередь проектированное Пироговскимъ Обществомъ устройство музея по борьбѣ съ дѣтской смертностью и библіотеки по тому же вопросу слѣдуетъ скорѣе осуществить. 5) Признать необходимымъ при ближайшемъ участіи Пироговскаго Общества дѣтскихъ врачей организовать въ С.-Петербургѣ съѣздъ по борьбѣ съ дѣтской смертностью съ приглашеніемъ государственныхъ и общественныхъ дѣятелей. Такой съѣздъ, намѣченный къ скорѣйшему осуществленію еще IX Пироговскимъ съѣздомъ, могъ бы быть пріуроченъ къ съѣзду общественныхъ дѣятелей, организація котораго предназначается во время предстоящей (черезъ 2 года) выставки по народному здравію въ Петербургѣ. Вопросъ о судьбѣ покинутыхъ дѣтей долженъ разрабатываться при правленіи Пироговскаго Общества. 6) Просить правленіе Пироговскаго Общества собрать къ XII съѣзду матеріалъ о дѣятельности существующихъ въ Россіи обществъ борьбы съ дѣтской смертностью.

XXX. По вопросу объ алкоголизмѣ съѣздъ призналъ желательнымъ, чтобы вопросъ объ алкоголизмѣ, въ виду его громаднаго значенія, былъ поставленъ программнымъ для XII Пироговскаго съѣзда.

XXXI. Съѣздъ призналъ, что борьба съ эпидеміями, распространяемыми питьевой водой, должна вестись не экстренными мѣрами, а планомѣрно, посредствомъ надлежащаго устройства центральныхъ водопроводныхъ сооруженій при соотвѣтствующей организаціи фактическаго санитарно-техническаго надзора за этими сооруженіями.

XXXII. Съѣздъ постановилъ просить Правленіе Пироговскаго Общества собрать къ слѣдующему Пироговскому съѣзду свѣдѣнія о результатахъ очистки питьевой воды существующими въ Россіи американскими и англійскими фильтрами по краткой, но однообразной программѣ.

XXXIII. Къ вопросу о нормахъ для очистки сточныхъ водъ съѣздъ постановилъ: 1) признать вполнѣ своевременнымъ и необходимымъ изданіе руководящихъ санитарныхъ требованій для сточныхъ водъ въ цѣляхъ охраненія чистоты водоемовъ, какъ общественныхъ такъ и частныхъ, а равно почвы и воздуха; 2) признать необходимость образованія спеціальной коммиссіи, связанной съ Пироговскимъ правленіемъ, для дальнѣйшей разработки вопроса о санитарныхъ требованіяхъ для сточныхъ водъ, спускаемыхъ въ общественные водоемы, и связанныхъ съ этимъ вопросомъ о проведеніи этихъ требованій въ жизнь на мѣстахъ; причемъ выборъ лицъ въ эту коммиссію предоставить Правленію Пироговскаго Общества, съ привлеченіемъ въ нее извѣстныхъ спеціалистовъ, врачей, инженеровъ и др. лицъ.

XXXIV. Съѣздъ призналъ необходимымъ включить въ программу XII Пироговскаго съѣзда вопросъ о санитарномъ состояніи народныхъ, и въ частности, различныхъ типовъ инородческихъ школъ (хедеровъ) и о состояніи физическаго развитія учащихся въ этихъ школахъ и поручить правленію Пироговскаго Общества выработать однообразную программу изслѣдованія. Къ этому изслѣдованію должны быть привлечены Общества распространенія просвѣщенія между евреями въ Россіи и другія соотвѣтствующія организаціи.

XXXV. По вопросу о распространеніи гигіеническихъ знаній съѣздъ постановилъ: 1) Одобрить предположеніе коммиссіи при Пироговскомъ Обществѣ по распространенію гигіеническихъ знаній продолжать ея дѣятельность въ прежнемъ направленіи и объемѣ задачъ. 2) Выразить пожеланіе о возможно болѣе широкомъ развитіи дѣла популяризаціи гигіеническихъ знаній на мѣстахъ и объ установленіи тѣсной связи мѣстныхъ санитарно-врачебныхъ органовъ съ Пироговской коммиссіей по распространенію гигіеническихъ знаній. 3) Признать желательнымъ, чтобы изданіе журнала Пироговскаго Общества возобновилось и чтобы въ немъ отводилось достаточное мѣсто для вопросовъ, связанныхъ съ дѣломъ распространенія гигіеническихъ знаній. 4) Выразить признательность Учебному Отдѣлу Общества распространенія техническихъ знаній, въ частности членамъ этого отдѣла А. Н. Брюхоненко, В. В. Станинскому, М. П. Потемкину, В. Ю. Ульянинскому и Н. И. Чистякову за дѣятельное участіе въ разработкѣ вопросовъ, связанныхъ съ преподаваніемъ гигіены въ средней школѣ, а также В. С. Костроминой за участіе въ разработкѣ программы по школьной гигіенѣ. 5) Высказать пожеланіе объ устройствѣ уѣздныхъ обществъ распространенія медицинскихъ знаній среди населенія. 6) Въ частности высказать пожеланіе, чтобы приложенный къ докладу В. В. Сиземскаго проектъ устава Общества распространенія медицинскихъ знаній среди населенія уѣзда былъ предложенъ на обсужденіе санитарныхъ совѣтовъ, земскихъ врачей и городскихъ санитарныхъ организацій. Поручить коммиссіи по распространенію гигіеническихъ знаній расширить, исправить и дополнить проектъ устава съ тѣмъ, чтобы по разсмотрѣніи его на будущемъ Пироговскомъ съѣздѣ рекомендовать его уже отъ имени съѣзда.

XXXVI. По вопросу о школьныхъ врачахъ съѣздъ 1) констатируетъ несамостоятельное положеніе и матеріальную необезпеченность школьныхъ врачей, затрудняющія ихъ въ практическомъ исполненіи лежащихъ на нихъ обязанностей; 2) въ частности, отмѣчаетъ особо ненормальное положеніе въ матеріальномъ и др. отношеніяхъ врачей при женскихъ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ и высказывается за уравненіе ихъ съ врачами мужскихъ учебныхъ заведеній; 3) признаетъ необходимымъ, чтобы въ школахъ санитарный надзоръ былъ организованъ на правильныхъ началахъ; 4) считаетъ необходимымъ включить школьныхъ врачей, съ правомъ рѣшающаго голоса, въ хозяйственные комитеты и попечительные совѣты среднихъ учебныхъ заведеній, вмѣстѣ съ участіемъ ихъ въ педагогическихъ совѣтахъ; 5) признаетъ необходимымъ приспособить преподаваніе гигіены въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ съ запросами школьно-санитарнаго надзора; вмѣстѣ съ тѣмъ съѣздъ признаетъ желательнымъ командировки школьныхъ врачей для научнаго усовершенствованія; 6) считаетъ желательнымъ установить въ городахъ связь школьныхъ врачей всѣхъ вѣдомствъ съ городскими и земскими врачебно-санитарными организаціями въ борьбѣ съ эпидеміями въ школѣ; 7) признаетъ полезнымъ образованіе врачебно-педагогическихъ обществъ; 8) высказывается за необходимость организаціи съ будущаго Пироговскаго съѣзда особой подсекціи школьной гигіены.

XXXVII. По вопросу о преподаваніи гигіены: 1. Признавая въ дѣлѣ оздоровленія населенія и уменьшенія его смертности въ Россіи одним изъ важныхъ факторовъ гигіеническія свѣдѣнія и сознательное отношеніе населенія къ санитарнымъ мѣропріятіямъ, съѣздъ признаетъ необходимымъ, чтобы гигіена, какъ предметъ преподаванія, занимала въ средней школѣ совершенно одинаковое правовое положеніе среди другихъ обязательныхъ предметовъ. 2. Преподаваніе гигіены въ средней школѣ должно отвѣчать цѣлямъ общеобразовательнымъ. 3. Оно должно быть основано на предварительномъ изученіи анатоміи и физіологіи и другихъ естественныхъ наукъ. 4. Преподаваніе гигіены должно сводиться къ объективному выясненію, съ одной стороны, вліянія основныхъ біологическихъ факторовъ окружающей среды на организмъ, а съ другой - вліяніе соціальной обстановки на здоровье населенія. Кромѣ того съѣздъ постановилъ: а) благодарить коммиссію по распространенію гигіеническихъ знаній за ея труды по выработкѣ программы преподаванія гигіены въ средней школѣ; b) благодарить проф. Г. В. Хлопина за его несомнѣнно весьма полезное и плодотворное содѣйствіе въ дѣлѣ осуществленія вопросовъ преподаванія гигіены въ русскихъ учебныхъ заведеніяхъ.

XXXVIII. По вопросу о самоубійствахъ среди дѣтей съѣздъ постановилъ: Самоубійства среди дѣтей находятся въ тѣснѣйшей связи съ общими условіями духовнаго и моральнаго состоянія общественнаго организма въ данное время. Они являются показателемъ ненормальности этого состоянія. Такъ какъ, однако, среди дѣтей самоубійцъ большинство приходится на долю учащихся въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ, то прежде всего должны быть приняты всѣ мѣры оздоровленія нашей школьной жизни. Въ числѣ такихъ секція отмѣчаетъ необходимость, чтобы по возможности исчерпывающія въ этомъ смыслѣ свѣдѣнія, и по однообразной программѣ, получались и опубликовывались не только со стороны вѣд. мин. народ. просвѣщенія, но и остальными министерствами и вѣдомствами, въ завѣдываніи которыхъ находятся учебныя заведенія всѣхъ типовъ.

Съѣздъ выражаетъ пожеланія: 1) Участіе родительскихъ комитетовъ въ изученіи этого явленія. 2) Улучшеніе постановки дѣла физическаго воспитанія. 3) Отмѣна системы экзаменовъ и оцѣнки успѣховъ отмѣтками.

XXXIX. Съѣздъ постановилъ учредить коммиссію по изученію вопроса о самоубійствахъ въ Россіи.

XL. По вопросу о лѣтнихъ колоніяхъ для учащихся: признавая важное санитарное значеніе за колоніями для поднятія здоровья учащихся, съѣздъ считаетъ необходимымъ, чтобы въ организаціи ихъ приняли самое дѣятельное участіе общественныя самоуправленія, правительство и общество.

XLI. По вопросу объ охраненіи зрѣнія учащихся съѣздъ постановилъ: 1) для борьбы съ болѣзнями глазъ и разстройствами зрѣнія среди учащихся необходимо, гдѣ возможно, учредить должность школьныхъ окулистовъ, какъ это еще предписано было цирк. мин. нар. просв. отъ 15 авг. 1902 г.; 2) совершенное здравоохраненіе глазъ у учащихся достижимо лишь при совмѣстной работѣ школьнаго окулиста, училищнаго врача и педагогическаго персонала; 3) кругъ дѣятельности каждаго изъ означенныхъ участниковъ въ санитарномъ надзорѣ за глазами учащихся долженъ быть указанъ въ особой инструкціи, разсылаемой всѣмъ учебнымъ заведеніямъ.

XLII. По вопросу о способахъ вскармливанія дѣтей съѣздъ, убѣдившись въ полномъ отсутствіи точныхъ фактическихъ данныхъ въ Россіи по вопросу о способахъ вскармливанія дѣтей грудного возраста съ перваго дня рожденія въ смыслѣ распространенія естественнаго или искусственнаго, а также вліянія даннаго способа кормленія на дѣтскую смертность, поручаетъ правленію произвести анкету по вопросамъ, выработаннымъ секціей.

XLIII. Съѣздъ постановилъ ходатайствовать предъ правленіемъ Пироговскаго Общества объ учрежденіи постоянной Коммиссіи для собранія свѣдѣній о случаяхъ актиномикоза и стрептотрихозовъ въ Россіи. Въ составъ Коммиссіи намѣчены: Н. М. Берестневъ, Н. Н. Мари, М. А. Щегловъ и А. А. Владиміровъ.

XLIV. Съѣздъ постановилъ просить правленіе Пироговскаго Общества взять на себя иниціативу собранія матеріала по карточной системѣ по вопросу объ эпидеміологіи дифтеріи и о цѣлебномъ дѣйствіи противодифтерійной сыворотки.

XLV. По вопросу о медицинской статистикѣ съѣздъ постановилъ: 1) Просить Правленіе напечатать труды совѣщанія по вопросамъ санитарной статистики при правленіи Пироговскаго Общества вмѣстѣ съ работой д-ра Богословскаго—о номенклатурѣ профессій съ санитарной ихъ характеристикой,—на что должны быть изысканы средства. 2) Организовать при правленіи Пироговскаго Общества въ Москвѣ постоянную коммиссію по вопросамъ санитарной статистики (въ эту коммиссію переданъ докладъ д-ра Забалуева). 3) Вопросъ о выработкѣ номенклатуры причинъ смерти поставить программнымъ для будущаго съѣзда. 4) Санитарная статистика, получая свою силу и жизнеспособность въ санитарной и общемедицинской организаціи, обязательно должна сохранить съ нею тѣсную органическую связь и полную самостоятельность въ задачахъ своей дѣятельности и выполненія своихъ работъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ, для санитарной статистики является желательною согласованная работа съ другими отдѣлами земской и городской статистики, на основѣ равноправія работы въ общемъ дѣлѣ. Имѣя въ виду существенные недостатки существующей системы веденія актовъ о состояніяхъ и предусматривая въ будущемъ необходимость ея коренной реорганизаціи, съѣздъ находитъ необходимымъ въ настоящее время введеніе карточной системы регистраціи метрическихъ записей родившихся, умершихъ и браковъ повсюду, гдѣ система эта еще не введена. Вопросъ же объ основаніяхъ коренной реформы въ этомъ дѣлѣ поручить вниманію статистической коммиссіи при правленіи Пироговскаго Общества.

XLVI. По вопросу о санитарномъ состояніи переселенческаго дѣла съѣздъ призналъ необходимость ввести программнымъ вопросомъ XII съѣзда вопросъ объ изученіи переселенческаго дѣла въ Россіи въ санитарномъ отношеніи и тѣхъ мѣръ, какія должны быть предприняты для его урегулированія.

XLVII. Вопросъ о вакцинотерапіи при гонорреѣ и леченіи антигонорройными сыворотками ставится въ число программныхъ на ближайшемъ Пироговскомъ съѣздѣ.

XLVIII. Также ставится программнымъ вопросъ о заразительности третичныхъ проявленій сифилиса.

XLIX. По вопросу объ обезпеченіи населенія врачебной помощью съѣздъ призналъ, что «правильное обезпеченіе врачебной помощью населенія и прежде всего недостаточной его части должно лежать только на обязанности городского общественнаго управленія».

L. По вопросу о врачебныхъ ночныхъ дежурствахъ въ городахъ съѣздъ постановилъ: «Признавъ, что организація ночной врачебной помощи является настоятельно-

необходимой, собраніе постановило поручить правленію разослать положенія доклада Харьковскаго Общества ночныхъ дежурствъ въ медицинскія общества, городскія и земскія управленія и общества ночныхъ дежурствъ и имѣть въ виду данный вопросъ при организаціи намѣчаемаго совѣщанія санитарныхъ врачей (городскихъ и земскихъ) при правленіи Пироговскаго Общества.

LI. По вопросу о санитарныхъ нормахъ для домовъ съѣздъ, принявъ во вниманіе общественную важность и обширность затронутаго докладчикомъ жилищнаго вопроса, секціи гигіены, призналъ необходимымъ включить въ программу будущаго XII Пироговскаго съѣзда: 1) выработку программъ и методовъ обслѣдованія жилищъ и 2) выработку программы мѣропріятій по улучшенію жилищъ со стороны государства, общественныхъ самоуправленій и другихъ организацій

LII. По вопросу о больничныхъ совѣтахъ въ земской участковой организаціи съѣздъ, признавая, что больничный совѣтъ, какъ коллегіальный совѣщательный органъ при врачѣ, есть логически и исторически неизбѣжное завершеніе принципа коллегіальности, положеннаго въ основу всей земской медицинской организаціи, постановилъ высказаться за продолженіе опыта организаціи больничныхъ совѣтовъ по рѣшеніямъ мѣстныхъ врачебно-санитарныхъ организацій и за признаніе вопроса программнымъ на будущій съѣздъ.

LIII. По вопросу о санитарной дѣятельности съѣздъ постановилъ: Въ виду значительности въ настоящее время санитарной дѣятельности земствъ и городовъ и въ виду углубленія и усложненія вопросовъ и задачъ санитаріи, призналъ необходимымъ созывъ при правленіи Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова особаго совѣщанія изъ санитарныхъ врачей, какъ завѣдующихъ бюро, такъ и участковыхъ, земскихъ, городскихъ, путей сообщенія—для пересмотра программъ дѣятельности санитарной организаціи и санитарныхъ врачей, соотвѣтственно требованіямъ жизни и современныхъ научныхъ данныхъ, для выработки основныхъ требованій, которымъ должны удовлетворять санитарные врачи, и для выясненія путей и способовъ для подготовки врачебнаго персонала къ санитарной дѣятельности. Такое совѣщаніе должно предшествовать предполагаемому Пироговскимъ Обществомъ съѣзду дѣятелей по врачебно-санитарнымъ вопросамъ, должно быть надлежаще подготовлено и созвано въ возможно скоромъ времени.

LIV. По вопросу о санитарныхъ попечительствахъ съѣздъ постановилъ: просить Правленіе Пироговскаго Общества собрать свѣдѣнія о программахъ и фактической дѣятельности санитарныхъ попечительствъ во всей Россіи, и всѣ свѣдѣнія, которыя будутъ собраны, передать въ упомянутое совѣщаніе санитарныхъ врачей.

LV. По вопросу о принудительномъ оздоровленіи съѣздъ принялъ слѣдующія постановленія: 1) принудительное оздоровленіе городовъ, проектируемое само по себѣ безъ связи съ реформой всего санитарнаго законодательства страны и при отсутствіи правильно установленныхъ мѣстныхъ и центральныхъ общественно-санитарныхъ организацій не въ состояніи обезпечить желаемыхъ результатовъ; 2) самостоятельное развитіе русской общественной медицины, достигшее высокаго положенія, даетъ основаніе надѣяться на правильную постановку и городской общественно-санитарной самодѣятельности при условіи необходимой реформы городскихъ самоуправленій; 3) расширеніе мѣстныхъ финансовъ за счетъ общегосударственныхъ источниковъ обложенія является однимъ изъ главнѣйшихъ шаговъ на пути оздоровленія Россіи; 4) въ числѣ главнѣйшихъ условій для достиженія оздоровленія городовъ, наряду съ улучшеніемъ финансовъ и демократизаціей самоуправленія должно стоять и освобожденіе самоуправленія отъ правительственной опеки.

LVI. По вопросу о несчастныхъ случаяхъ на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ (трамваяхъ, паровыхъ и конныхъ) съѣздъ призналъ неотложнымъ обратить вниманіе городскихъ управъ и частныхъ желѣзныхъ дорогъ и необходимымъ принять мѣры къ уменьшенію травматизма на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ; въ частности, необходимо улучшить условія труда рабочихъ и служащихъ на городскихъ желѣзныхъ дорогахъ, организовать правильную подачу скорой медицинской помощи и усовершенствовать регистрацію несчастныхъ случаевъ примѣнительно къ представленной карточкѣ.

LVII. По вопросу о научномъ усовершенствованіи врачей съѣздъ постановилъ: Просить Правленіе Пироговскаго Общества разработать къ слѣдующему съѣзду вопросъ о наиболѣе желательной постановкѣ дѣла научнаго усовершенствованія врачей и включить этотъ вопросъ въ число программныхъ будущаго XII съѣзда.

LVIII. Признавая необходимость для психіатровъ предварительной психологической подготовки, а также все возростающее значеніе педагогической психологіи для школьной гигіены, съѣздъ считаетъ желательнымъ преподаваніе на медицинскихъ факультетахъ психологіи въ видѣ доцентскаго курса въ качествѣ необязательнаго курса.

LIX. По вопросу о реформѣ высшаго медицинскаго образованія съѣздъ постановилъ 1: Признать необходимымъ а) организацію самостоятельнаго курса

санитарной статистики съ практическими занятiями и b) введенiе курса общественной медицины въ качествѣ необязательнаго предмета. 2) Признать весьма желательнымъ, теперь же, не дожидаясь общей реформы медицинскаго образованiя, организацiи цикла лекцiй приватъ-доцентовъ по общественной медицинѣ на медицинскихъ факультетахъ университетовъ и другихъ высшихъ медицинскихъ учебныхъ заведенiй. 3) Признать, что запросы на высшее медицинское образованiе должны быть въ полной мѣрѣ удовлетворены государствомъ, но при настоящихъ условiяхъ не должна парализоваться и частная инициатива, если она не преслѣдуетъ коммерческихъ цѣлей. 4) Высшее медицинское образованiе какъ въ правительственныхъ, такъ и въ частныхъ учебныхъ заведенiяхъ должно бынь доступно для совмѣстнаго обученiя лицъ обоего пола.

LX. По вопросу о реформѣ средняго и низшаго медицинскаго образованiя съѣздъ постановилъ: 1. Фельдшерскiя школы должны быть реформированы. Поручить правленiю озаботиться разработкой этого вопроса для доклада XII Пироговскому Съѣзду. 2. Институтъ повивальныхъ бабокъ 2-го разряда подлежитъ упраздненiю. 3. Признать принципiально желательнымъ, чтобы зубоврачеванiе находилось въ вѣдѣнiи врача. 4. Необходимо увеличить число медицинскихъ факультетовъ и высшихъ медицинскихъ школъ и при всѣхъ учредить каѳедры зубныхъ болѣзней, специально оборудованныхъ.

LXI. По вопросу объ аптекахъ съѣздъ, имѣя въ виду то несомнѣнно важное значенiе, которое имѣетъ для цѣлей охраненiя народнаго здравiя подача рацiональной, общедоступной и безплатной лекарственной помощи, постановилъ передать вопросъ о всестороннемъ разсмотрѣнiи аптечнаго вопроса въ имѣющую образоваться при Пироговскомъ Обществѣ коммиссiю для изысканiя вѣрныхъ путей къ возможно быстрому устраненiю существующихъ недочетовъ въ постановкѣ аптечнаго дѣла на основанiи заслушанныхъ докладовъ и бывшихъ по нимъ пренiй.

LXII. По вопросу о фармацевтическомъ образованiи съѣздъ постановилъ организовать при Пироговскомъ Обществѣ коммиссiю для детальнаго разсмотрѣнiя и разработки сдѣланныхъ на съѣздѣ предложенiй.

LXIII. По вопросу о второмъ съѣздѣ фабричныхъ врачей съѣздъ, признавая желательнымъ созывъ II съѣзда фабричныхъ врачей, постановилъ просить правленiе Общества фабричныхъ врачей въ Москвѣ созвать этотъ съѣздъ и просить правленiе Пироговскаго Общества оказать содѣйствiе Обществу фабричныхъ врачей по созыву названнаго съѣзда: Опредѣленiе времени съѣзда и выработку программы его поручить президiуму секцiи съ участiемъ приглашенныхъ врачей.

LXIV. По вопросу о выработкѣ таблицъ по опредѣленiю потери трудоспособности съѣздъ постановилъ: Просить правленiе Пироговскаго Общества образовать коммиссiю изъ специалистовъ (фабричныхъ врачей, хирурговъ, техниковъ, юристовъ и представителей труда) для выработки новыхъ полныхъ таблицъ по опредѣленiю потери трудоспособности. Выработанный ею проектъ передать на утвержденiе II Всероссiйскаго съѣзда фабричныхъ врачей или XII Пироговскому съѣзду.

LXV. Въ виду важности и недостаточной разработки вопроса о симуляцiи, съѣздъ призналъ необходимымъ этотъ вопросъ сдѣлать программнымъ на II Всероссiйскомъ съѣздѣ фабричныхъ врачей или на XII Пироговскомъ съѣздѣ.

LXVI. Съѣздъ призналъ необходимымъ: на иностранныхъ подданныхъ, не подлежащихъ дѣйствiю закона 1903 г., распространить дѣйствiе закона о вознагражденiи за несчастные случаи.

LXVII. По вопросу о пособiяхъ за несчастные случаи съѣздъ, въ виду того, что единовременныя пособiя за несчастные случаи быстро израсходываются рабочими, послѣ чего они остаются въ томъ же безвыходномъ положенiи, призналъ необходимымъ, чтобы единовременная выдача производилась лишь за незначительныя поврежденiя (10—15%), а болѣе крупныя потери трудоспособности реализовались пенсiями.

LXVIII. Съѣздъ признаетъ необходимымъ при горныхъ и другихъ работахъ участiе выборныхъ отъ рабочихъ въ надзорѣ за безопасностью вышеуказанныхъ работъ.

LXIX. По вопросу о несчастныхъ случаяхъ на фабрикахъ и заводахъ съѣздъ принялъ слѣдующiя положенiя: 1. Для полноты и точности учета несчастныхъ случаевъ на фабрикахъ и заводахъ крайне желательно, чтобы фабричные врачи обратили особенное вниманiе на нихъ. 2. Для однообразiя регистрацiи несчастныхъ случаевъ рекомендуется карточка, выработанная Обществомъ фабричныхъ врачей въ Москвѣ. 3. Желательно выясненiе связи травмъ съ алкоголизмомъ. 4. Для опредѣленiя потери трудоспособности при несчастныхъ случаяхъ должны быть организованы коллегiальныя учрежденiя изъ врачей, представителей промышленниковъ, рабочихъ, техниковъ и юристовъ. 5. Для леченiя пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ рабочихъ желательна организацiя специальныхъ учрежденiй, въ видѣ институтовъ, больницъ и т. п. 6. Включить въ программу будущаго съѣзда вопросъ о травматизмѣ среди сельскохозяйственныхъ рабочихъ.

LXX. По вопросу о томъ, какимъ организаціямъ передать фабричную медицину, съѣздъ сдѣлалъ слѣдующее постановленіе: Вопросъ о томъ, какимъ организаціямъ передать фабричную медицину—больничнымъ кассамъ или органамъ общественнаго самоуправленія—чрезвычайно усложнился за послѣднее время, благодаря новымъ фактамъ общественной жизни. Поэтому секція, не предрѣшая этого вопроса, признаетъ рѣшительно недопустимымъ сохраненіе медицины въ рукахъ предпринимателей, считая всякіе коррективы въ этомъ отношеніи не достигающими цѣли. Признавая, однако, чрезвычайно важнымъ вопросъ о судьбахъ фабричной медицины, съѣздъ поручаетъ правленію разработать этотъ вопросъ коммиссіоннымъ путемъ и представить его къ будущему съѣзду.

LXXI. По вопросу о страхованіи рабочихъ съѣздъ призналъ, что обязательное страхованіе можетъ служить дѣйствительно лучшей формой обезпеченія рабочихъ на случай болѣзни и несчастнаго случая лишь при соблюденіи слѣдующихъ условій: 1) Страхованіе должно быть распространено на всѣхъ наемныхъ тружениковъ. 2) Пособія должны выдаваться въ размѣрѣ полнаго фактическаго ихъ заработка. 3) Расходы по страхованію должны главной своей частью лечь на промышленниковъ. 4) Рѣшающій голосъ въ страховыхъ учрежденіяхъ долженъ принадлежать самимъ рабочимъ. Съѣздъ далѣе признаетъ, что законопроекты, внесенные въ Государственную Думу, какъ основанные на принципахъ, противоположныхъ принципамъ только что указаннымъ, не отвѣчаютъ интересамъ рабочаго класса и должны подвергнуться коренной переработкѣ. Съѣздъ высказался и за страхованіе отъ инвалидности и старости.

LXXII. По вопросу о профессіональныхъ болѣзняхъ съѣздъ призналъ необходимымъ, чтобы въ смыслѣ отвѣтственности предпринимателей, профессіональныя болѣзни были приравнены къ несчастнымъ случаямъ, чтобы при Пироговскомъ Обществѣ была составлена коммиссія для изученія вопроса о профессіональныхъ заболѣваніяхъ и чтобы врачи обратили вниманіе на изученіе профессіональныхъ болѣзней.

LXXIII. По вопросу о постановкѣ врачебнаго санитарнаго дѣла на фабрикахъ и заводахъ Петербургской губ. съѣздъ призналъ, что она находится въ крайне неудовлетворительномъ состояніи, тяжелыхъ и ненормальныхъ условіяхъ, требующихъ усиленнаго вниманія мѣстныхъ врачебно-санитарныхъ организацій, причемъ первой очередной задачей должно быть всестороннее изслѣдованіе фабрикъ и заводовъ.

LXXIV. По вопросу организаціи врачебной части на желѣзныхъ дорогахъ съѣздъ постановилъ: 1) Врачебная часть на желѣзныхъ дорогахъ должна быть выдѣлена въ особую самостоятельную службу съ начальникомъ ея, старшимъ врачемъ во главѣ. 2) Вслѣдствіе незначительнаго числа желѣзнодорожныхъ больницъ на желѣзныхъ дорогахъ недостаточно удовлетворяется потребность въ больничномъ леченіи желѣзнодорожнаго населенія, необходимо для управленія желѣзныхъ дорогъ озаботиться скорѣйшей постройкой своихъ желѣзнодорожныхъ больницъ. 3) Для объединенія больнично-санитарной дѣятельности желѣзныхъ дорогъ, городовъ, земствъ, а также другихъ общественныхъ учрежденій, обязанныхъ заботиться о здоровьѣ населенія, необходимо установить постоянныя организаціи, въ составъ которыхъ должны входить представители отъ всѣхъ названныхъ учрежденій. 4) Необходимо, чтобы душевно-больные пользовались въ психіатрическихъ заведеніяхъ за счетъ дорогъ тѣми же сроками, какъ это установлено и для недушевныхъ больныхъ.

LXXV. По вопросу о призрѣніи дѣтей-сиротъ врачей съѣздъ высказалъ пожеланіе, чтобы врачи содѣйствовали росту общественнаго попеченія о сиротахъ—дѣтяхъ врачей.

Программные вопросы XII Съѣзда согласно постановленію XI Съѣзда.

1. Пастеровскія прививки противъ бѣшенства.
2. Дѣйствіе противодифтерійной сыворотки.
3. Очистка питьевой воды американскими и англійскими фильтрами въ Россіи.
4. Нормы для очистки сточныхъ водъ.
5. Санитарное состояніе народныхъ и, въ частности, различныхъ типовъ инородческихъ школъ (хедеровъ) и состояніе физическаго развитія учащихся въ этихъ школахъ.
6. Уѣздныя общества распространенія медицинскихъ знаній среди населенія.
7. Общества борьбы съ дѣтской смертностью въ Россіи.
8. Алкоголизмъ.
9. Желательная постановка дѣла научнаго усовершенствованія врачей.
10. Санитарное состояніе переселенческаго дѣла.
11. Номенклатура причинъ смерти.
12. Искусственные выкидыши.
13. Способы вскармливанія дѣтей.
14. Вакцинотерапія при гонорреѣ.
15. Заразительность третичныхъ проявленій сифилиса.
16. Самоубійства въ Россіи.
17. Выработка программъ и методовъ обслѣдованія жилищъ.
18. Выработка программы мѣропріятій по улучшенію жилищъ со стороны государства, общественныхъ самоуправленій и другихъ организацій.
19. Врачебныя ночныя дежурства.
20. Аптечный вопросъ.
21. Опредѣленіе потери трудоспособности.
22. О симуляціи.
23. О передачѣ фабричной медицины.
24. О профессіональныхъ болѣзняхъ.
25. О фармацевтическомъ образованіи.
26. О реформѣ высшаго медицинскаго образованія.
27. О реформѣ средняго и низшаго образованія.

Алфавитный указатель.

Предметный указатель.

10

